

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A MUDANÇA NUM GRUPO DE ADOLESCENTES:  
AVALIAÇÃO DE PROCESSO E DE RESULTADOS**

**Joana Maria Freitas de Oliveira Marafuz**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia da Educação e da Orientação)**

**2013**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**A MUDANÇA NUM GRUPO DE ADOLESCENTES:  
AVALIAÇÃO DE PROCESSO E DE RESULTADOS**

**Joana Maria Freitas de Oliveira Marafuz**

**Dissertação Orientada pela**  
**Professora Doutora Maria Isabel Real Fernandes de Sá**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia da Educação e da Orientação)**

**2013**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Isabel Sá, por todas as oportunidades de crescimento profissional facultadas ao longo do meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto Psicóloga, pela exímia orientação quer na investigação, quer na prática clínica, pela motivação, pela empatia, pela disponibilidade e pelos valores profissionais que transmite;

Às escolas que aceitaram participar na investigação, aos alunos, aos professores e aos colegas psicólogos que muito contribuíram para pôr em prática a investigação;

À Professora Doutora Constança Coelho pela amizade que a disponibiliza para ajudar a esclarecer as dúvidas estatísticas de última hora;

À minha família por assegurar sempre que não deixo de concretizar os meus sonhos;

À Joana pela sempre disponível ajuda;

À Carlota pelas brincadeiras ao lado do meu computador;

Ao Marco pela capacidade de compreensão e encorajamento;

Aos meus amigos e colegas pelos incentivos.

## ÍNDICE

RESUMO .....	VII
ABSTRACT .....	VIII
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>IX</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>1</b>
1. A Psicologia Educacional em Investigação.....	1
1.1 Intervenções Psicológicas.....	1
1.2 A Intervenção Escolar Específica em Análise.....	5
1.3. As Intervenções com Crianças e Adolescentes: Especificidades.....	8
2. A Investigação de Processo.....	9
2.1 A Mudança: O Papel dos Fatores Comuns .....	9
3. Os Fatores Comuns em Análise.. ..	11
3.1. A Aliança de Trabalho.....	11
3.2. A Esperança .....	15
3.3. O Bem-estar e a Satisfação com a Vida.....	20
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
1. Objetivos da Investigação.....	23
2. Questões de Investigação e Hipóteses .....	24
2.1. Questões de Investigação.....	24
2.2. Hipóteses.....	25
2.3. Participantes.....	25
2.4. Instrumentos.....	26
2.5. Procedimento.....	29
<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>30</b>
1. Procedimento Estatístico.....	30
2. Estudo Psicométrico dos Instrumentos.....	31
3. Estudo das Relações entre as variáveis em Estudo.....	37

4. Estudo dos Modelos Preditores de Qualidade de Vida e Satisfação com o Serviço.....	39
5. Diferenças antes e pós-intervenção.....	41
6. Diferenças na Aliança de Trabalho: antes, durante e após intervenção.....	42
7. Diferenças na Aliança de Trabalho: antes, durante e após intervenção.....	42
2.1. Níveis Ocupacionais.....	42
2.2. Género do Jovem.....	44
 <b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	 44
 <b>CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS.....</b>	 53
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	 55
 <b>ANEXOS.....</b>	 76

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Quadro conceptual da investigação.....	24
<b>Quadro 2:</b> Nível ocupacional do pai e da mãe.....	26
<b>Quadro 3:</b> Estrutura fatorial da escala TASA com rotação Varimax.....	32
<b>Quadro 4:</b> Estrutura Fatorial da escala CHS com rotação Varimax.....	33
<b>Quadro 5:</b> Estrutura Fatorial da escala SWLS.....	34
<b>Quadro 6:</b> Estrutura fatorial da escala ESS com rotação Varimax.....	36
<b>Quadro 7:</b> Correlações entre as variáveis.....	37
<b>Quadro 8:</b> Esquema representativo das correlações.....	39
<b>Quadro 9:</b> Médias e Desvio-padrão pré-intervenção e pós-intervenção.....	41
<b>Quadro 10:</b> Médias e Desvio-padrão em função do nível ocupacional dos pais.....	43
<b>Quadro 11:</b> Médias e Desvio-padrão em função do género do jovem.....	44

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Análise da questão da escala ESS “Recomendas este programa a algum amigo?” .....	37
--	----

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**Anexo A-** Instrumentos utilizados

**Anexo B-** RAPI e MIME (Requerimentos de autorização e respectivas autorizações)

**Anexo C-** Cartas às escolas

**Anexo D-** Cartas aos Encarregados de Educação

**Anexo E-** Estatística



## RESUMO

A presente investigação tem como objetivos: (1) analisar as propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação utilizados para medir a Esperança (CHS), a Satisfação com a vida (SWLS), a Aliança de trabalho (TASA), a Qualidade de vida (PedsQL™); (2) elaborar um instrumento para avaliar a Satisfação com o serviço (ESS); (3) caracterizar os alunos que recorrem à intervenção realizada pelo Psicólogo em contexto escolar (neste caso ao programa de Orientação Vocacional) no que respeita às variáveis psicológicas: Esperança, Satisfação com a vida, Aliança de trabalho, Qualidade de vida e Satisfação com o serviço, no início e no fim do programa; (4) conhecer a evolução da aliança de trabalho estabelecida entre psicólogo e jovem, ao longo do programa; (5) investigar qual a relação entre as variáveis Esperança, Satisfação com a vida, Aliança de trabalho, Qualidade de vida e Satisfação com o serviço; (6) determinar as variáveis psicológicas (Esperança, Satisfação com a vida e Aliança de trabalho) que mais contribuem para a Qualidade de vida do jovem e para a Satisfação com o serviço fornecido, explorando a relação entre processo e resultados e (7) analisar as diferenças que ocorrem nas variáveis Esperança, Satisfação com a vida, Aliança de trabalho, Qualidade de vida e Satisfação com o serviço, em função da variável género e nível ocupacional dos pais. Participaram no estudo 234 adolescentes (amostra não clínica) que se encontravam inscritos no programa de orientação vocacional da escola. Os resultados demonstraram que os instrumentos revelam propriedades psicométricas adequadas. É demonstrada uma relação positiva entre todas as variáveis. A Esperança relaciona-se com a Qualidade de vida, Satisfação com a vida e Satisfação com o serviço; A Aliança relaciona-se com a Satisfação com o serviço; a Qualidade de vida relaciona-se com a Satisfação com a vida. Por fim, a Satisfação com a vida está correlacionada com a Satisfação com o serviço. Foram identificadas como variáveis preditoras da Qualidade de vida, a Satisfação com a vida e a Esperança. A Satisfação com o serviço é possível prever através da Aliança, Satisfação com a vida e Esperança. A Aliança que existe entre Psicólogo e Jovem no fim da intervenção demonstrou ser predita através da aliança que se estabelece desde os primeiros momentos de estabelecimento de relação. A Esperança decresceu significativamente ao longo do tempo. O nível ocupacional do pai não tem significado estatístico. Existem diferenças significativas para a Satisfação com a vida e Qualidade de vida em função do nível ocupacional da mãe. O género masculino revela níveis mais elevados de Esperança, Satisfação com a vida e Qualidade de vida comparativamente ao género feminino. Implicações, futuras direções e limitações do estudo são discutidas.

**Palavras-chave:** Processo, Resultados, Mudança, Adolescentes, Fatores Comuns, Aliança de Trabalho, Esperança, Satisfação com a Vida, Qualidade de Vida, Satisfação com o Serviço.

## **ABSTRACT**

The present study aims are: (1) to analyze the psychometric properties of assessment instruments used to measure hope (CHS), satisfaction with life (SWLS), working alliance (TASA), quality of life (PedsQL™) and satisfaction with service (ESS) (2) to characterize the students who resort to psychologist intervention in a school context (in this case the Vocational Orientation program) in regard to psychological variables: hope, satisfaction with life, working alliance, quality of life and satisfaction with service, at both the start and the end of the program; (3) to know the evolution of working alliance, established between psychologist and youth, throughout the program; (4) to investigate the relationship between variables hope, satisfaction with life, working alliance and quality of life and satisfaction with service; (5) to determine the psychological variables (hope, satisfaction with life and working alliance) that contribute most to youth's quality of life and satisfaction with provided service, exploring the relationship between process and results and (6) to analyze the differences that occur in variables hope, satisfaction with life, working alliance, quality of life and satisfaction with service according to variable Parents' gender and occupational level. 234 youths (non-clinical sample), enrolled in the school's vocational orientation program, participated in the study. Results showed that the instruments are a psychometrically sound measure for use in this population. A positive relationship between all variables is demonstrated. Hope relates to Quality of life, Satisfaction with life and Satisfaction with service; Alliance relates to Satisfaction with service; Quality of life relates to Satisfaction with life. Finally, Satisfaction with life correlates to Satisfaction with service. Satisfaction with life and Hope were identified as predictive variables of Quality of life. It is possible to predict Satisfaction with service through Alliance, Satisfaction with life and Hope. It was demonstrated that the Alliance between Therapist and Youth at the end of the intervention is predicted by the Alliance established from the first moments of relationship establishment. Hope decreased significantly over time. The father's occupation level has no statistical significance. There are significant differences for Satisfaction with life and Quality of life according to the mother's occupational level. The male gender reveals higher levels of Hope, Satisfaction with life and Quality of life in comparison to the female gender. Implications, future directions and limitations of the study are discussed.

**Keywords:** Process, Outcome, Change, Youth, Common facts, Working Alliance, Hope, Satisfaction with life, Quality of life, Satisfaction with service.

## INTRODUÇÃO

A Comunidade Científica tem vindo a investigar quais as intervenções psicológicas mais eficazes nas diversas faixas etárias e aplicadas a diferentes contextos e perturbações (Asay & Lambert, 2010; Durlak, 2002; Moreira, Gonçalves & Beautler, 2005). Pretende-se que os resultados da investigação tenham reflexo na realidade prática quotidiana do Psicólogo que se encontra no terreno (Forman et al., 2013; Stoiber, 2011), promovendo a implementação de intervenções psicológicas com eficácia comprovada, garantindo que esta intervenção será ajustada às necessidades, beneficiando quem as recebe (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011; Stoiber, 2011).

Numa fase de ponderação de gastos irrefletidos, devido às dificuldades económicas e financeiras com que nos deparamos, a existência de certezas comprovadas onde investir com qualidade, tornam-se critérios de excelência para as famílias que têm que investir na procura de uma intervenção psicológica. Assim, fomos perceber, no presente estudo, quais as variáveis psicológicas que caracterizam a mudança dos participantes que estão envolvidos em programas de intervenção psicológica.

O paradigma dos fatores comuns vem considerar a existência de um conjunto de variáveis psicológicas, inerentes ao Psicólogo, ao Cliente e à própria Aliança de trabalho (Kelly, Bickman & Norwood, 2010; Mahoney, 2000), como ingredientes ativos do processo terapêutico, comuns a todas as intervenções e perturbações e que promovem a mudança do Cliente. Sendo a área de exploração desta temática ainda um alvo recente de estudo (Kazdin & Nock, 2003; Kelly, Bickman & Norwood, 2010; Murphy, 2008) procurámos contribuir com mais investigação, de modo a ampliá-la. Os autores Whiston e Oliver (2005), Whiston e Rahardja (2008) Whiston, Tai, Rahardja e Eder (2011) têm estudado o processo de mudança do jovem, associado à área Vocacional, onde são analisadas as variáveis psicológicas consideradas fatores comuns e que se encontram envolvidas no processo, mas que são comuns a diversas intervenções. A presente investigação foi neste sentido. Apesar de não ser nosso objetivo de estudo o aprofundamento das características inerentes ao programa, optámos por estudar o

processo de mudança e os resultados no que concerne às características dos jovens do 9º ano de escolaridade, que se encontram integrados numa intervenção psicológica a decorrer em contexto escolar. Neste caso concreto, tomou-se a decisão de estudar as seguintes variáveis psicológicas: Esperança, Satisfação com a Vida, Aliança de trabalho, Qualidade de Vida e Satisfação com o Serviço fornecido. A intervenção selecionada foi o programa de Orientação Vocacional aplicado em contexto escolar. As intervenções em contexto escolar têm vindo a ser analisadas com rigor, por ser onde o jovem ocupa grande parte do seu tempo de vida e também por permitir observar o jovem em interações diferenciadas (Stoiber & Kratochill, 2001). Não foram avaliadas as características do programa, mas sim dos jovens, em parâmetros que nos permite avaliar a mudança relativamente às variáveis analisadas. Neste sentido, emergiu a preferência pelo tema a investigar: “A Mudança num grupo de Adolescentes: Investigação de Processo e de Resultados”.

Para melhor se enquadrar este estudo, procedeu-se à revisão de literatura, onde se apresenta, num primeiro capítulo, uma análise das intervenções psicológicas com evidência comprovada em contexto escolar e quais as especificidades da intervenção com crianças e jovens. Segue-se a abordagem da investigação de processo e a referência à mudança e ao significado do paradigma dos fatores comuns. O terceiro capítulo especifica alguns fatores comuns: a Aliança de Trabalho, a Esperança, o Bem-estar e a Satisfação com a Vida. Segue-se a descrição do método, onde são apresentadas as questões de investigação, as hipóteses, os participantes e o procedimento de recolha de dados. Para finalizar, apresenta-se a análise dos dados, a discussão e as conclusões gerais do trabalho, com as respetivas limitações e implicações do estudo, com a proposta de investigações futuras.



## REVISÃO DE LITERATURA

### 1. A Psicologia Educacional em Investigação

#### 1.1 Intervenções Psicológicas

*“We will encourage practitioners to help us achieve our ends and make our work as relevant as possible to their daily activities, needs, and interests (as a researcher)”.* (Durlak, 2002, p. 475).

A Associação de Psicologia Americana (APA) divisão 16, que corresponde ao grupo de trabalho que realiza investigação na área da Psicologia Educacional, tem vindo a desenvolver esforços de modo a estudar a eficácia de uma multiplicidade de intervenções afetas a este contexto. Nesse sentido, foi constituído um grupo de pesquisa denominado “*Task Force*”. Inicialmente, o nome da secção (“*Task Force 16*”) era seguido pela denominação “Intervenções Suportadas Empiricamente em Psicologia Educacional.” A partir de 2001, a secção considerou adequado modificar esta denominação, alterando-a para “Intervenções com evidência comprovada em Psicologia Educacional” (Stoiber & Kratochwill, 2001), visto que esta designação se encaminhava mais no sentido dos objetivos que o grupo pretendia atingir e da informação que visavam difundir.

A “*Task Force* ocupa-se, concretamente, das intervenções psicológicas com evidência comprovada em contexto escolar. Assim, os investigadores da “*Task Force*” pretendem contribuir para a conexão da investigação científica com a prática profissional quotidiana nas escolas. Consideram pois, que a ciência pode oferecer acessoria, fortalecendo o trabalho que é realizado sobre temas relevantes que surgem na prática profissional diária, em contexto educacional (Forman et al., 2013). Cada vez mais, os professores veem os problemas a aumentar e, muitas vezes, sentem-se perdidos na sua resolução. Por sua vez, os psicólogos em contexto escolar preferem implementar intervenções e medidas preventivas com elevado cariz de qualidade, isto é, intervenções consideradas com evidência comprovada (EBI) já que toda e qualquer implementação do que é novo implica custos a vários níveis (recursos físicos e materiais que originam gastos financeiros e tempo) e, por isso mesmo, deverá ser bem ponderado (Durlak, 2002; Stoiber,

2002; Stoiber, 2011). Deste modo, através da utilização de intervenções com evidência comprovada será possível minimizar os custos e otimizar os resultados.

Kratochwill e Shernoff (2003) alegam que o psicólogo educacional, inserido numa prática profissional ativa, pode mesmo ser um contributo para fortalecer e difundir na comunidade escolar as intervenções mais eficazes, tornando-se pois importante, dar enlevo à investigação que incrementa um contínuo entre a realidade conceptual e a realidade empírica, *gap* esse que remonta ao início da história da psicologia e parece ser transversal à área educacional e clínica (Campbell, Norcross, Vasquez & Kaslow, 2013; Kazdin, 2001; Kazdin, 2005; Kazdin, 2006; Kazdin, 2009; Los Reyes & Kazdin, 2008; Norcross, Klonsky & Tropiano, 2008; Norcross & Wampold, 2011; Norcross & Lambert, 2011).

O principal objetivo da “*Task Force*” é o de começar por encurtar o caminho entre o investigador e quem se encontra no campo, fomentando uma sincronia de conhecimentos. Assim sendo, necessita produzir informação relevante que vá ao encontro das prioridades e preocupações do psicólogo educacional que se situa na realidade prática, de modo a que este possa tornar-se mais responsivo às necessidades da comunidade escolar, apresentando intervenções práticas baseadas em evidência científica (Kratochwill & Shernoff, 2003; Stoiber, 2002). Torna-se relevante para Stoiber (2002) o *feedback* que o psicólogo possa fornecer ao investigador, quer replicando intervenções quer concretizando estudos de caso, numa ótica de investigação do processo, para que possa fornecer informação pertinente que venha a ser adjuvante na promoção de resultados eficazes.

Torna-se necessário referir que a “*Task Force*” não se ocupa apenas a estudar as intervenções mais eficazes, mas centra-se igualmente na recolha de informação sobre programas de prevenção com eficácia comprovada (Stoiber & Kratochwill, 2001) e a escola parece ser, por excelência, um contexto apropriado para os implementar devido à multiculturalidade e diversidade de problemáticas que acolhe (Kratochwill & Stoiber, 2002).

Os programas de prevenção em âmbito escolar, inserem-se, essencialmente em diferentes níveis de prevenção: (1) primária e (2) secundária (Durlak, 1995), sendo que o primeiro tem por objetivo evitar a ocorrência de problemas através da aquisição de competências que permitam um desenvolvimento ajustado da criança e adolescente e o

segundo prevê a intervenção durante o aparecimento inicial de uma dificuldade. Frequentemente, na população escolar não se atua num nível de prevenção terciária, já que esta pressupõe reduzir a prevalência de um problema já existente.

Para se implementarem corretamente programas de intervenção e prevenção, a ciência precisa estar ao serviço da prática e vice-versa. Assim, estas duas abordagens podem-se integrar e completar, fomentando desenvolvimentos salutareos, reduzindo riscos na saúde mental, aumentando o sucesso académico da criança e do adolescente e favorecendo o envolvimento dos pais e professores (Cowell & Feeney 2005; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005).

Na área da Psicologia Educacional torna-se extremamente importante as intervenções com a família, já que é assumido que as intervenções onde existe um envolvimento da família, são facilitadoras e promotoras da mudança de comportamento da criança relativamente à escola, melhorando os problemas de aprendizagem (Carlson & Chirstenson, 2005; Celio, Durlak & Dymnicki, 2011; Chirstenson & Carlson, 2005; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011).

Como argumenta Durlak (2002), corroborando com outros autores numa publicação onde participa (Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005), estas intervenções devem utilizar indicadores que permitam avaliar o ajustamento da criança. Deste modo, devem ser utilizadas escalas de identificação de problemas, sintomas ou competências, preenchidas pela criança, pais ou professores; dados de observação comportamental; notas; informações escolares; necessidades e posicionamento na educação especial; diagnóstico clínico; informação sociométrica e medidas de avaliação da qualidade de vida. Os resultados são sujeitos a uma análise com critérios qualitativos e procedimentos avaliativos confirmatórios da qualidade do programa, onde se pretende estudar os objetivos da intervenção, as reações dos consumidores, as diferenças produzidas e os efeitos acessórios alcançados (impacto positivo ou negativo da intervenção).

Durlak (2002) salienta a importância desta investigação num momento em que a conjuntura sócio-económica nos faz refletir sobre despesas, tornando mais consciente a implementação e seleção de programas que visem a promoção de intervenções de sucesso.



Neste sentido, foram levadas a cabo diversas meta-análises (Celio, Durlak & Dymnicki, 2011; Durlak, Wells, Cotten & Johnson, 1995; Kazdin & Weisz, 1998; Weisz & Weiss, 1993) envolvendo crianças e adolescentes desde o ensino pré-escolar até ao ensino secundário, onde foi estudado o impacto das intervenções. Para isso, os autores reportaram-se às indicações de Cohen (1988), compreendendo a magnitude das intervenções através da comparação entre grupo experimental (onde é realizada a intervenção) e grupo de controlo (que não é alvo de experimento).

A fórmula matemática concerne à subtração dos valores da média do grupo de controlo à média do grupo de intervenção sobre o valor do desvio-padrão do segundo grupo (grupo de controlo), tendo-se estabelecido o valor de 0,20 para um “efeito baixo”; 0,50 para um “efeito médio” e 0,80 para um “efeito grande” (Carlson & Chirstenson, 2005; Sá, 2006; Weisz & Weiss, 1993; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005). Durlak (2002) faz a ressalva que a “*Task Force*” pode mesmo centrar-se na análise de estudos que não produzam efeitos elevados em termos de magnitude, mas no entanto, podem ainda assim ser considerados pela relevância do seu significado dependendo do objeto de estudo. Um fator de risco que seja prevalente na população, mesmo que a intervenção tenha obtido valores na banda da baixa magnitude, pode, essa alteração ligeira, por si só, ser pertinente em termos de influência, por exemplo, na prevenção de um problema grave nas crianças e jovens, como p.e., tentativa de suicídio (Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005).

Interessa aos investigadores perceberem como se comportam estas intervenções em contextos reais e quais os resultados alcançados quando as condições são menos controladas. Só assim se pode aperfeiçoar cada vez mais a qualidade da intervenção em contextos naturais (Forman et al., 2013).

Com o avanço da ciência, através da investigação e da clarificação da importância das intervenções com evidência comprovada, começa a ser acessível selecionar, quer para profissionais quer para a comunidade em geral, quais os programas de prevenção e as intervenções mais eficazes que se encontram adaptados às diversas problemáticas, à diversidade cultural, étnica, socioeconómica e à dinâmica familiar e que são capazes de produzir mudança (Forman et al., 2013; Weisz & Weiss, 1993; Weisz, Sandler, Durlak & Anton, 2005).

Os avanços na última década na psicologia escolar relativamente às intervenções e programas com evidência comprovada e à acessibilidade e implementação desse conhecimento na prática, têm-se traduzido no incremento dos resultados dos alunos na esfera emocional, comportamental, social e académica (Celio, Durlak & Dymnicki, 2011; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Forman et al., 2013). Esta parceria, entre ciência e prática, permitiu uma implementação no terreno de programas que muito provavelmente vão garantir um impacto positivo nos clientes, permitindo ganhar tempo pelo conhecimento anteriormente desbravado, permitindo conhecer como os programas devem ser iniciados e mantidos de modo a produzir sucesso, o que demonstra que a ciência à disposição da psicologia educacional torna-se um benefício para as escolas, espelhando a responsividade destas e consequentemente para os estudantes e para a comunidade escolar em geral. Esta sensibilização torna-se imprescindível devido ainda a muito poucas escolas colocarem este conhecimento em prática (Durlak, 2002; Forman et al., 2013; Powers & Bowen, 2011; Stoiber, 2011).

## **1.2 Uma Intervenção Escolar Específica em Análise**

*“Learning from the past enables a profession to move forward”. (Whiston, 2002, pg. 154)*

Após a explanação realizada sobre a importância de serem estudadas quais as intervenções e programas com eficácia comprovada, cabe-nos explorar uma das diversas intervenções implementadas em contexto escolar: a intervenção de aconselhamento para a carreira ou orientação vocacional que está excelentemente documentada na literatura pelas grandes personalidades da área, nomeadamente, Holland, pela conhecida taxonomia da personalidade vocacional; Super, pela teoria desenvolvimentista, onde apresenta o modelo por si constituído “Arco-íris da Carreira”, para descrever o desenvolvimento da carreira ao longo do ciclo de vida e o modelo “Arco Normando da Carreira” para descrever os determinantes da carreira profissional; Savickas pela teoria da construção da carreira, onde descreve o processo interpessoal através do qual os indivíduos dão sentido e direção ao seu comportamento vocacional, entre outros (Brown & Brooks, 1990; Brown & Lent, 2005; Lent & Savickas, 1994).

Mas não nos iremos centrar na descrição de uma intervenção vocacional, apenas no processo que ocorre durante esta intervenção, quais as variáveis que estão implicadas e como elas interagem. Não obstante, parece ser pertinente fazer com o leitor uma viagem, ainda que sucinta, pelas investigações que têm ocorrido nesta área, apenas para

compreendermos como chegamos à investigação de processo e a cruzamos com a investigação de resultados.

Sendo a orientação vocacional uma área de ocupação dos psicólogos educacionais, pretende-se continuar a seguir uma linha de raciocínio de intervenções com evidência comprovada, dotando a comunidade educativa (alunos, pais, professores e auxiliares) de competências que os permitam enfrentar e lidar melhor com as dificuldades que lhes possam chegar, facilitando a resolução de problemas e a tomada de decisão, pois quanto mais aptos e conhecedores sejamos para lidar com um problema do aluno de modo eficaz, mais isso se irá espelhar em melhorias no funcionamento emocional, social e académico (Celio, Durlak, Dymnicki, 2011; Durlak, Dymnick, Taylor, Weissberg & Schellinger, 2011).

Orientar para a carreira um indivíduo implica trabalhar o seu desenvolvimento vocacional nos diferentes estádios etários, fomentando o envolvimento do sujeito numa planificação ativa da sua vida, integrando os seus interesses e aptidões e promovendo o seu equilíbrio psicológico e social (Savickas, 2003).

Ao longo das descrições, centrar-nos-emos no que ocorre em contexto escolar e com principal foco na etapa da adolescência, por ser o nosso alvo de estudo. Contudo, a orientação para a carreira pode ocorrer em diversos contextos e faixas etárias. Swanson e Parcover (1998) abordam a importância desta intervenção incluindo programas de intervenção desde a adolescência, já que esta se considera um período de experimentação de papéis, por excelência, onde começa a emergir a identidade do jovem. Os autores descrevem que as aspirações para o futuro profissional são formadas na adolescência, permanecendo, a partir daí, estáveis. Considera-se que na entrada para o mundo do trabalho, o desenvolvimento na carreira vai estar relacionado com o modo como foram vividas estas fases mais precoces do desenvolvimento vocacional. Pela importância que o aconselhamento vocacional ocupa, Whiston (2003) preocupa-se em estudar aprofundadamente a eficácia das intervenções e menciona a necessidade de contribuirmos com conhecimento científico baseado na evidência, de modo a apoiarmos corretamente as escolhas que os indivíduos realizam, traduzindo-se estas em grandes e sustentadas mudanças. Neste sentido, a autora salienta o interesse do rigoroso estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação ministrados nesta intervenção. Whiston (2008) refere o facto de, nos últimos 20 anos, os psicólogos educacionais, na área da

orientação vocacional, terem alterado o enfoque da intervenção, passando de intervenções de cariz individualizado para intervenções mais alargadas, através de programas que possam abranger todos os estudantes. Os investigadores apelam à necessidade de um sistema educativo responsivo às necessidades dos alunos, sendo consensual que, modo geral, as intervenções em aconselhamento, no contexto escolar, são eficazes.

Para além da necessidade e relevância da investigação que se ocupa do estudo da eficácia dos resultados, Whiston e Oliver (2005) e Whiston e Rahardja (2008) chamam à atenção para a necessidade de, depois de comprovada a eficácia do aconselhamento praticado pelo Psicólogo Educacional, micro analisar o que ocorre no processo de aconselhamento, quais as variáveis que contribuem para essa efetividade e como se pode relacionar a investigação de resultados, com a investigação de processo, apesar da primeira condensar mais estudos do que a segunda, menos investigada em contexto escolar.

A investigação de processo envolve o estudo das características do cliente, do psicólogo e do contexto onde decorre a orientação vocacional. Os autores descrevem que a investigação de processo se destaca da investigação de resultados porque a primeira centra-se nas mudanças que ocorrem como resultado de uma intervenção. No entanto, os dois processos acabam por estar interligados. Ainda que a investigação de processo na área vocacional esteja escassamente explorada, existem alguns construtos que se encontram relatados na literatura como relacionados concretamente com o processo de intervenção para a carreira, a saber: a Aliança de Trabalho que se estabelece entre psicólogo e cliente (Covali, Bernaud, Di Fabio, 2011; Lewis, 2001; Multon, Heppner, Gysbers, Zook & Ellis-Kalton, 2001; Multon, Ellis-Kalton, Heppner & Gysbers, 2003); a satisfação para com a vida do cliente (Lewis, 2001); a Esperança do cliente (Niles, Yoon, Balm & Amundson, 2010; Niles, 2011) e a Auto-eficácia por parte do cliente (Cardoso & Moreira, 2009; Covali, Bernaud, Di Fábio, 2011; Guillon, Dosnon & Esteve, 2004; Lent, Brown & Larkin, 1986). Os fatores que envolvem as características do psicólogo também são investigados, apesar de existir menor literatura a documentar o processo (Whiston & Rahardja, 2008). No entanto, apenas nos vamos centrar nas variáveis do cliente por ser o alvo da presente investigação.

Como estes constructos se revestem de grande importância, torna-se fundamental aprofundar cada um deles na sua “essência” e perceber como surgem. A sua análise será

certamente útil na compreensão da investigação de processo e na interpretação e discussão dos resultados.

### **1.3 As Intervenções com Crianças e Adolescentes: Especificidades**

*“A avaliação deve basear-se nas trajetórias de desenvolvimento normal e no conhecimento sobre o desvio a esse percurso que podem contribuir para futuros desajustamentos, orientando o terapeuta na tomada de decisão sobre a intervenção necessária em cada caso”.* (Sá, 2005, pg. 16)

As intervenções com crianças tornam-se complexas, na medida em que não deverão ser realizadas apenas com a criança mas, na maioria dos casos, integrando a família, a escola, os pares e por vezes, o sistema judicial e de saúde (Russel, Stephen & Jungbluth, 2008; Sá, 2005). Torna-se fundamental a existência de uma versatilidade de respostas sociais que permitam a responsividade para com as necessidades da criança e do jovem e é neste sentido que se torna crucial conhecer quais as intervenções mais eficazes e que se encontram adaptadas às diferentes etapas desenvolvimentistas e problemáticas. Dentro do possível, a intervenção deve acontecer no meio quotidiano da criança, tornando-se o menos restritiva possível (Kazdin, 1993), não esquecendo porém que o comportamento da criança se possa alterar, consoante o contexto onde se insere, demonstrando comportamentos diferenciados (Russel, Stephen & Jungbluth, 2008; Sá, 2005).

É conhecido igualmente que as variáveis como estatuto socioeconómico, cultura, etnia, a capacidade de autorregulação, a capacidade de comunicação, a experiência social a saúde mental dos pais e a dinâmica familiar manifestam a sua influência no desenvolvimento da criança e adolescente (Kazdin, 2002; Sá, 2005).

Sempre que se inicia uma intervenção é prioritária uma avaliação da criança nos aspetos que se relacionam com os fatores intervenientes na mudança, tais como aliança terapêutica, as características do psicólogo, as características da criança e da família (Kazdin, 2002; Kazdin, 2003), permitindo assim aos investigadores perceberem quais os tratamentos mais eficazes, que conseguem atingir os objetivos e quais as características dos indivíduos onde estes resultados produzem mais efeito (Kazdin, 1993).

A intervenção parece estar associada a resultados positivos sempre que se estabeleça uma aliança de trabalho entre o psicólogo e o cliente, e expectativas positivas e motivação face à intervenção também por parte do cliente. Até mesmo porque devemos

ter em consideração que as crianças e os jovens raramente se voluntariam para as intervenções psicológicas e isso pode tornar-se um obstáculo para o estabelecimento da relação e para o envolvimento na intervenção (Kazdin, 2002; Sá, 2005). Nesse sentido, o psicólogo tem que trabalhar com a família e a escola, recorrendo a estes múltiplos informadores, para que se possa avaliar o comportamento e introduzir, através da intervenção, mudanças que induzam o bem-estar na criança e jovem (Geldard & Geldard, 2004; Sá, 2005).

A infância e a adolescência caracterizam uma fase, por excelência, crítica para a intervenção, permitindo a prevenção de problemas na idade adulta. Kazdin (2004) apresenta um guia de critérios que permitem avaliar a eficácia de uma intervenção nas crianças e jovens, analisando o funcionamento destas (p.e. sintomas, desempenho académico); o funcionamento parental e familiar (p.e. disfunções, qualidade de vida, stress) e medidas de impacto social (p.e. utilização de serviços, atividades escolares). Estes critérios permitem irmos respondendo a estas questões e avaliando o processo de mudança.

Eder e Whiston (2006) descrevem que os psicólogos que estão integrados nas escolas se inserem num contexto privilegiado onde lhes é permitido observar a própria criança/adolescente, a relação com os pares e o desenvolvimento académico. Foi nesse sentido que na presente investigação optámos por avaliar o processo e os resultados de uma intervenção concretizada em contexto escolar. Pelo facto da presente investigação ter interesse em estudar como ocorre o processo de mudança, torna-se marcante descrever aprofundadamente uma das teorias que se encontra na base deste acontecimento, pelo que se segue o seguinte capítulo.

## **2. A Investigação de Processo**

### **2.1 A Mudança: O Papel dos Fatores Comuns**

*“Change is the heart of psychotherapy and the goal of almost all school interventions. The success of school practitioners rest largely on their ability to encourage and manage change”. (Murphy, 2008, p. 361)*

Depois de comprovado que as intervenções psicológicas resultam, já que as crianças e adolescentes sujeitos a determinadas intervenções, melhoram significativamente em comparação com quem não recebe intervenção (Kazdin & Nock, 2003), coube à comunidade científica perceber quais as intervenções mais eficazes, a

quem se destinavam, em que condições deviam ser aplicadas e por quem. Nesta vontade de conhecer qual a melhor intervenção, começou-se a entender que parecia não existir diferenças com significado expressivo, mediante as intervenções das diferentes modalidades terapêuticas, surgindo o veredicto do “*Pássaro Dodo: Todos ganham, todos merecem prêmio*” (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005, pg. 43). Passamos assim de uma fase onde o interesse é conhecer se existe mudança, para querer saber o que muda e por fim investigar como muda e quais as variáveis envolvidas neste processo (Mahoney, 2000). Nesta caminhada da investigação, emerge o *Paradigma dos Fatores Comuns*, que descreve a existência de fatores comuns às diferentes modalidades teóricas, que implicam as características do psicólogo, características do próprio cliente, a aliança que se estabelece entre os dois e as expectativas face à intervenção, que promovem a mudança terapêutica e não são ingredientes particulares e específicos a cada escola (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

No que concerne aos fatores comuns, Lambert e Bergin (1994) descrevem a representação quantitativa que cada fator parece ter na promoção da mudança, explicando que apenas 15% da mudança que ocorre numa intervenção se deve a técnicas específicas, 15% atribui-se às expectativas (efeitos placebo), 40% deve-se à mudança extraterapêutica, isto é, a fatores que ocorrem fora da intervenção e 30% aos fatores comuns, daí a importância destes fatores transversais a todas as intervenções. Devido ao peso que os fatores comuns agregam, tem sido realizada investigação sobre as características do psicólogo, do cliente e da relação estabelecida entre ambos (Mahoney, 2000). Acredita-se que com base no estudo destes fatores, já identificados, se compreenda melhor como ocorre a mudança, não esquecendo as importantes variáveis de relacionamento (empatia entre o psicólogo, aliança entre psicólogo e cliente) e a esperança do próprio cliente (Ingram, Hayes & Scott, 2000). Kelly, Bickman & Norwood (2010) referem que os fatores comuns podem influenciar o acesso às intervenções, o decorrer da intervenção e os resultados da mesma, quer para a criança, quer para a família. No entanto, poucos têm sido os estudos realizados sobre intervenções em crianças e adolescentes (Kazdin & Nock, 2003).

O contexto escolar é um local adequado para explorar o conceito de mudança, já que constantemente ocorrem mudanças nos alunos, em termos de alteração de comportamento e aquisições académicas, que são promovidas pelos pais, professores e através do envolvimento da própria criança/jovem na escola (Murphy, 2008).

Descrevemos assim, o que o autor Murphy (2008) considera poderem ser dois fatores comuns às intervenções escolares e promotores de mudança comprovada, nomeadamente, a aceitabilidade (que se relaciona com o grau de aceitação com que o cliente, alvo de intervenção, aceita o modelo de intervenção) e o envolvimento (considera-se que a colaboração entre psicólogo e cliente permita explorar os recursos e fraquezas mais importantes no cliente para que este consiga atingir os objetivos). Neste sentido, decidimos estudar em particular alguns fatores comuns: a aliança de trabalho, a esperança e a satisfação com a vida.

### **3. Os fatores Comuns em Análise**

No que se relaciona com os fatores comuns iremos especificar o que concerne às variáveis do cliente, por ser o centro da presente investigação.

#### **3.1 A Aliança de Trabalho**

*“The quality of the helping relationship is constrained by the quality of life of the people involved-especially the quality of their relationships with self and with others”. (Mahoney & Patterson, 1992, p. 687).*

Um dos fatores comuns descritos na literatura como um dos melhores preditores de mudança, mesmo que avaliado numa fase inicial da intervenção e com resultados comprovados pelas meta-análises realizadas, é a aliança de trabalho (Green, 2006; Hardy, Cahill & Barkham, 2007; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). Os estudos indicam existir uma forte correlação entre estabelecimento de aliança e resultado positivos quanto à mudança (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012).

O estudo da aliança é mais complexo quando realizado com crianças e jovens, na medida em que não estamos a observar uma relação apenas entre cliente e psicólogo mas em simultâneo, a relação psicólogo-pais (Hawley & Weisz, 2005). Hardy, Cahill e Barkham (2007) descrevem que ao ser iniciado um relacionamento entre psicólogo e cliente, a relação de trabalho ou relação de ajuda será desenvolvida desde o momento em que ocorre o estabelecimento de relação, sendo naturalmente importante desenvolver e manter esse relacionamento (Shirk, Karver & Brown, 2011).

O conceito de aliança de trabalho, igualmente denominado por aliança terapêutica ou relação de ajuda, surge na literatura através da investigação de processo com adultos realizada por Bordin (1979). O autor descreve a aliança terapêutica como contendo três



componentes: (1) o laço, que representa o relacionamento emocional entre psicólogo e cliente; (2) a tarefa, isto é, a colaboração nas atividades “terapêuticas”; (3) os objetivos, ou seja, o acordo entre psicólogo e cliente para com os resultados esperados na terapia.

Hawley e Weisz (2005) referem que a aliança que se estabelece entre pais e psicólogo é tão importante na relação que se encontra significativamente relacionada com uma maior participação da família na intervenção, com diminuição do cancelamento das sessões e maior concordância com o psicólogo com a decisão de terminar o processo. Quanto à aliança que se estabelece entre jovem-psicólogo, esta está significativamente relacionada com a descrição de melhorias ao nível dos sintomas. A aliança entre jovem-psicólogo e psicólogo-pais relacionam-se ambas com a satisfação para com os serviços. Igualmente, a investigação Hawley e Garland (2008) salienta que a aliança jovem-psicólogo está significativamente associada à diminuição de sintomas, à melhoria no relacionamento familiar, ao aumento da autoestima, à uma perceção do próprio mais positiva, quanto ao apoio social e satisfação com a intervenção.

Shirk, Gudmundsen, Kaplinski e McMakin (2008) também descrevem uma associação significativa entre a existência de uma aliança positiva, por parte do adolescente e a mudança deste no que respeita à diminuição de sintomas. O estudo demonstra igualmente que uma aliança precocemente estabelecida é preditora da continuação na terapia. Fitzpatrick & Irannejad (2008) obtiveram resultados no mesmo sentido e concluíram que os clientes (adolescentes entre os 14-18 anos) mais predispostos para a mudança manifestaram a existência de uma forte aliança com o psicólogo, principalmente no que respeita à concordância com os objetivos da intervenção e à colaboração nas tarefas propostas pelo psicólogo.

Bickman e colaboradores (2012), no estudo onde relacionaram a aliança terapêutica e a manifestação de sintomas por parte dos jovens, descrevem que os jovens onde a aliança de trabalho demonstrou ser mais forte, também foram os que reportaram maiores melhorias quanto à psicopatologia. Os jovens onde houve um decréscimo da intensidade da aliança ao longo do tempo, não obtiveram tantas melhorias.

Shirk, Karver e Brown (2011) vão ao encontro destes resultados e sugerem que a formação inicial da aliança com os jovens requer, por parte do psicólogo, competências para equilibrar a utilização da escuta ativa e a explicitação de como funciona o processo terapêutico, pois estes fatores parecem interferir com os adolescentes. De acordo com

Shirk, Karver e Brown (2011), os pais e os jovens têm frequentemente, diferentes percepções sobre os objetivos da intervenção. Assim, o estabelecimento da relação de ajuda, numa intervenção com crianças e jovens, tem necessariamente que dar atenção a esta diversidade de perspetivas e promover a inclusão de um plano de intervenção conjunto.

Langer, McLoad e Weisz (2011) interrogaram-se sobre a utilização de manuais e a sua implicação em relação à aliança terapêutica, tendo realizado um estudo com jovens entre os 8 e os 15 anos, com perturbações internalizantes (ansiedade e depressão). Os resultados indicaram que a utilização de um manual guia da intervenção, por parte do psicólogo, quando comparado com terapeutas que não o utilizavam, indicava que a aliança estabelecida entre psicólogo e cliente, avaliada no início da intervenção, era superior no grupo onde a intervenção era manualizada. Contudo, os grupos convergiram, ao longo do tempo, nos resultados. Deste modo, não foram identificadas alterações significativas na aliança pré e pós-intervenção segundo o auto relato dos jovens.

A meta-análise de Fluckiger, Del Rey, Wampold, Symonds e Horvath (2012) foi constatar que, nos estudos onde os psicólogos tinham especial interesse sobre a aliança terapêutica, os resultados quanto ao estabelecimento desta sobressaíam como mais elevados nas primeiras sessões comparativamente com os psicólogos que não tinham especial interesse nesta temática. Estes últimos manifestavam níveis moderados de aliança no início da intervenção, que aumentavam apenas passadas cinco sessões. Estes resultados fazem pressupor que o interesse relativamente à aliança possa interferir nos resultados quanto ao estabelecimento da mesma.

Chiu, McLeod, Kim e Wood (2009) avaliaram 34 crianças entre os 6 e os 13 anos, diagnosticadas com perturbação da ansiedade. Os resultados indicam que o estabelecimento de uma forte relação desde cedo na intervenção, é preditora de melhorias ao nível da percepção dos resultados por parte dos pais, durante o decurso da intervenção, mas não na pós-intervenção. Melhorias na aliança entre criança-psicólogo, durante a intervenção, predizem melhores resultados na pós-intervenção.

A qualidade da aliança estabelecida entre criança-psicólogo, avaliada numa fase inicial da intervenção, está associada à diminuição de sintomas quer a meio da intervenção, quer no fim da mesma. Um aumento na qualidade da aliança desde a fase inicial da intervenção até aos últimos estádios de intervenção, está associado a melhorias

na redução de sintomas internalizantes na pós-intervenção. Uma forte aliança avaliada inicialmente na intervenção prediz significativamente a redução da ansiedade e de sintomas internalizantes numa fase intermédia da intervenção, assim como melhora a satisfação para com a intervenção, numa fase pós-intervenção. Os autores avançam a hipótese de que a aliança com a criança e o envolvimento desta possa ter um papel importante na promoção de resultados positivos na ansiedade através da terapia cognitivo-comportamental.

Kazdin, Marciano e Whitley (2005) e Kazdin, Whitley e Marciano (2006) estudaram a aliança terapêutica entre criança-psicólogo e pais-psicólogo, no que concerne às intervenções com crianças referidas por comportamento de oposição, agressivo e antissocial.

No primeiro estudo em 2005, avaliaram crianças entre os 3 e os 14 anos, no segundo estudo em 2006, avaliaram crianças entre os 6 e os 14 anos. O primeiro evidencia que as alianças estabelecidas estão associadas à mudança e que quanto maior a aliança, maior a mudança, menor a percepção de barreiras e maior a aceitação da intervenção, pelos pais e pela criança, quanto às técnicas utilizadas. Não foram encontradas relações em função do estatuto-socio-económico, género da criança ou faixa etária. As avaliações de melhoria por parte do psicólogo foram correlacionadas positivamente com as avaliações da criança e dos pais. A aliança entre criança – psicólogo foi significativamente preditora de mudança e de melhorias. Quanto mais forte for a aliança durante a intervenção, maiores as mudanças da criança, como é demonstrado através da avaliação do relato dos pais, psicólogo e criança. A percepção dos pais e da criança sobre a aceitação da intervenção por parte da criança tem uma correlação moderada com a aliança. Assim, os autores chamam à atenção para o facto de, ao existir uma fraca aliança, será necessário utilizar estratégias para a aumentar e desta forma promover a mudança. Em 2006, Kazdin, Whitney e Marciano confirmaram os resultados do estudo anterior, ao observarem que quanto melhor for a qualidade da aliança percebida pela criança com o psicólogo, maior será a mudança terapêutica desta. Simultaneamente, quanto melhor for a qualidade da aliança entre pais e psicólogo, maiores se revelarão as melhorias da criança no fim da intervenção. Acrescentam também que, quanto melhor for a qualidade da aliança entre pais-psicólogo, maior a melhoria que os pais realizam nas suas competências parentais e nas interações. Mais uma vez, a avaliação da aliança por parte da criança ou dos pais, não

pode ser explicada por desvantagens socioeconómicas, existência de psicopatologia ou *stress* parental ou disfunção na criança.

De seguida, iremos abordar outra variável psicológica estudada na nossa investigação e considerada igualmente como um fator comum.

### **3.2 A Esperança**

*“Persons with hopes are those who can see and believe that desired things will happen, and thus they strive to move toward with patience”.* (Kwan, 2010, p. 47).

A esperança considera-se um fator comum às diferentes intervenções terapêuticas e é conceptualizada como o modo do indivíduo percecionar a sua capacidade para atingir os seus objetivos, isto é, as expetativas positivas face à concretização de objetivos (Snyder, 1995). A esperança tem dois componentes: O “meio ou caminhos” (*“pathways”*) que envolve as crenças que possuímos na nossa capacidade para realizarmos ações que nos levem ao encontro dos nossos objetivos e a “agência” (*“agency”*) que implica a motivação para iniciar e manter o movimento para atingir objetivos (Lopes, Snyder & Pedrotti, 2003; Snyder, 1995; Snyder, Ilardi, Michael, & Cheavens, 2000; Snyder, Lopez, Shorey, Rand & Felman, 2003).

Snyder (1995) considera que uma elevada esperança espelha uma elevada capacidade de energia em termos cognitivos capaz de gerar alternativas para atingir os objetivos. Snyder (2002) e Snyder, Lopez, Shorey, Rand e Feldman (2003) referem nas suas revisões de literatura a importância da teoria da esperança e suas implicações em diferentes contextos (p.e., saúde física, ajustamento psicológico, desempenho atlético, desempenho académico, psicoterapia). Deste modo, vamos aprofundar alguns dos estudos que exploram a relação destas variáveis.

Snyder (1995) alude ao facto de que pessoas com elevados níveis de esperança em detrimento das que têm níveis de esperança mais baixos, conseguem mais rapidamente definir caminhos eficazes para atingirem os objetivos, assim como, possuírem a capacidade de gerar mais objetivos.

A motivação e a capacidade para pensar em caminhos alternativos é aprendida e começa a ser desenvolvida logo na infância, prolongando-se ao longo do ciclo de vida. A criança identifica desde cedo as suas necessidades e desejos e foca-se nos objetivos, de modo a conseguir satisfazer as suas necessidades. Usualmente, uma esperança elevada

resulta na superação com sucesso de alguns obstáculos que possam surgir e manifesta um discurso interno de auto-reforço. Por outro lado, uma pessoa com baixa esperança, mesmo quando se encontra no início de uma conquista, para atingir um objetivo, fica imbuída de emoções negativas, demonstrando autocrítica durante a sua caminhada e facilmente desiste do projeto para atingir os objetivos (Snyder, Cheavens & Sympson, 1997; Snyder, 2002).

A esperança parece ser um fator que contribui para a conquista de uma profissão com significado para o indivíduo e simultaneamente promove o sentimento de realização no trabalho (Juntunen & Wettersten, 2006), considerando-se, portanto, importante estimulá-la durante o desenvolvimento vocacional do jovem. Os autores Juntunen e Wettersten (2006) enfatizam a necessidade de avaliar a esperança no aconselhamento vocacional, já que esta é considerada um agente promotor de mudança em contexto social. Nesta linha de investigação, Peterson e Byron (2008) exploram o papel da esperança no desempenho do trabalho. Atestam que trabalhadores com maior esperança têm um melhor desempenho no trabalho, resolvem os problemas com diferentes abordagens, apresentam mais soluções e com maior qualidade. Deste modo, assume-se que a esperança possa ajudar os trabalhadores a superar as situações sempre que se deparem com problemas.

Irving e colaboradores (2004) referem que a Esperança parece ser um bom marcador para avaliar as mudanças provocadas por uma intervenção, já que parece variar nos indivíduos quando avaliados antes de uma intervenção e durante o processo. Uma esperança inicial elevada está associada a um maior bem-estar, funcionamento adequado nos diferentes domínios da vida, estratégias de *coping*, maior regulação emocional, capacidade para lidar com o *stress* e menor descrição de sintomas psiquiátricos.

Hughes e colaboradores (2010) realizam um estudo onde avaliam a relação das variáveis esperança, saúde mental e satisfação para com o serviço, em jovens sem abrigo. As conclusões referem o facto dos jovens avaliados serem caracterizados como pouco escolarizados, mas com elevadas aspirações para retomar o trabalho antigo, continuar os estudos ou procurar um novo trabalho. Foi encontrada a relação entre elevados níveis de sintomas de foro psicológico internalizantes e menor esperança em relação ao futuro. Estes jovens também reportaram menor satisfação para com o serviço. Os autores realçam a importância de se avaliar a satisfação para com o serviço de modo a poder ser um indicador de motivação e de esperança do jovem, visto que, se um indivíduo se encontrar

motivado para uma intervenção e com esperança, é fundamental que os serviços sejam vistos como relevantes, assim, a saúde, a esperança e a satisfação para com o serviço parecem relacionar-se.

Bickman e Athay (2012) realçam a importância de ser avaliada a satisfação para com os serviços, pois permite avaliar a percepção sobre o serviço fornecido ao cliente e orientar essa mesma intervenção. Mas para isso, será importante avaliar simultaneamente a percepção do cuidador e do jovem (Riemer et al., 2012).

Feldman e Snyder (2005) testaram a hipótese de que a esperança poderia ter um efeito na ansiedade e na depressão dos jovens. Foi evidente que a esperança é uma componente do significado da vida e correlaciona-se com a depressão. Os resultados explicam que indivíduos com elevado significado para com a vida, manifestam pouca relação entre a esperança e depressão.

O estudo de Dew-Reeves, Athay e Kelly (2012) veio trazer uma perspectiva diferente sobre a intervenção na esperança. Os autores pretenderam examinar o relacionamento entre a esperança inicial dos jovens (entre os 11 e 18 anos) que recebiam intervenção domiciliária ao nível da saúde mental, e o progresso face à intervenção. Foram encontrados resultados que demonstram que, enquanto níveis mais elevados de esperança estavam associados a níveis mais reduzidos de severidade de sintomas, medidos no pré-teste, o nível inicial de esperança não estava significativamente correlacionado com a melhoria de sintomas ao longo do tempo, como reportado pelo jovem e pelo cuidador. No entanto, níveis de esperança mais elevados são preditores de um progresso mais lento durante a intervenção, segundo a percepção do psicólogo. Neste caso, jovens com esperança inicial elevada e severidade de sintomas igualmente alta demonstraram um pior resultado previsto. Assim, jovens com iniciais níveis de sintomas elevados, têm um progresso mais lento quando comparados com jovens com níveis médios ou mesmo acima da média de sintomatologia.

Os autores lançam a hipótese de que respostas muito positivas ao nível da esperança podem indicar uma resistência ao nível da intervenção ou mesmo falta de conhecimento sobre problemas do foro psicológico e por isso mesmo não identificam que necessitam de intervenção. Deste modo, os jovens com elevados níveis de severidade percecionada pelo psicólogo, mas que possuam uma elevada esperança, podem ser mais

difíceis de intervir ou encontrarem-se em risco de piorar os sintomas se a esperança for ainda mais promovida durante a intervenção.

Nesta sequência Snyder (2004) refere a esperança como um preditor robusto do bem-estar.

No que respeita concretamente à área académica, Van Ryzin (2011) apresenta um estudo onde explora os fatores protetores existentes na escola e a relação entre as perceções dos adolescentes sobre o ambiente escolar, compromisso para com a aprendizagem, esperança e desempenho académico. Os resultados demonstram que a perceção do ambiente escolar está relacionada com o compromisso para com a aprendizagem e este, por sua vez, está relacionado com a mudança no desempenho académico e com a esperança durante o período de um ano.

Ao encontro de intervenções eficazes que promovam a esperança nas crianças, os autores Lopez, Rose, Robinson, Marques e Pais-Ribeiro (2008) reportam a importância de se relacionar a esperança com a satisfação para a vida, saúde, desempenho académico, desempenho atlético e relações interpessoais.

Na mesma linha de pensamento Snyder, Cook, Rapoff e Michael (1997) destacam que todos os adultos que intervêm com crianças (pais, professores, psicólogos, etc...) deveriam fomentar a esperança nesta faixa etária, já que crianças com esperança tornam-se crianças mais felizes e provavelmente tornar-se-ão adultos com mais sucesso. Uma das estratégias úteis será a construção de histórias pelas próprias crianças sobre elas, já que isso facilita a resolução de problemas.

Nesta sequência, Marques, Lopez e Pais-Ribeiro (2011) verificaram a eficácia de uma intervenção com estudantes adolescentes para aumentar a esperança, a satisfação para com a vida, a autoestima, saúde mental e desempenho escolar. Foi promovida a esperança, a satisfação para com a vida, e a autoestima. O grupo alvo de intervenção manteve o benefício até dezoito meses observados em *follow-up*. O estudo é indicador de que uma intervenção breve sobre a esperança pode melhorar alguns recursos psicológicos desde seis meses até um ano.

Snyder (2002) realizou um estudo longitudinal durante seis anos, onde avaliou 29 jovens por volta dos 18 anos. O índice de esperança avaliado (elevado, médio ou baixo) revelou-se preditor no desempenho académico dos estudantes, sendo que uma elevada

esperança é indicadora de maior probabilidade do estudante terminar o curso e não desistir do mesmo.

Dooley e Florell (2006) exploraram igualmente nos adolescentes a relação existente entre esperança e o funcionamento acadêmico e psicológico. Os resultados são sugestivos de existência de relação e indicam que adolescentes com elevados níveis de esperança, revelaram um maior ajustamento pessoal e uma satisfação global para com a vida. Nesse sentido, evidenciou-se que uma esperança elevada tem maiores benefícios para a saúde mental e para a área acadêmica, tendo os jovens com maior esperança obtido níveis superiores de ajustamento pessoal, satisfação global e menor *distress* emocional. Jovens com baixa esperança associam níveis de *distress* psicológico a um deficitário nível de funcionamento socio-emocional com significado clínico. Inversamente, foram muito poucos os alunos com níveis elevados e médios de esperança que demonstraram desajustamento.

Como resumo dos vários estudos e após verificação de que a teoria da esperança tem um papel fundamental em diversos domínios da vida dos indivíduos, Snyder (2002) aborda ainda a importância da aprendizagem de estratégias como as autoinstruções sobre o sucesso, já que muitas vezes a dificuldade em atingir algo não é falta de capacidade do sujeito mas sim a existência de estratégias deficitárias. Os objetivos devem ser vistos sempre como desafios, se possível ouvindo histórias de pessoas com sucesso, conversando sempre que possível com outros significativos sobre objetivos. Snyder (1995) alerta os psicólogos para a importância de uma intervenção na esperança, considerando que pessoas com uma elevada esperança obtêm maior sucesso ao nível do número e de dificuldade dos objetivos atingidos, percecionando os objetivos como desafios. Possuem maior felicidade e menor *distress* emocional, são persistentes e resistentes. Deste modo, sendo a maioria dos estudos indicadores de que a esperança é identificada como preditora de comportamentos mais adaptativos e ajustados do ponto de vista psicológico e de um modo geral do bem-estar subjetivo, será importante continuar a avaliar o comportamento desta na investigação e explorar igualmente o Bem-estar e a Satisfação com a Vida.



### 3.3 O Bem-estar e a Satisfação com a Vida

*“Since ancient times humans have wondered about what makes a good life. Scientists who study subjective well-being assume that an essential ingredient of the good life is that the person herself likes her life”. (Diener, Lucas & Oishi, 2002, p. 63).*

Epicuro, o conhecido filósofo grego indagou sobre a possibilidade de se viver uma vida feliz e questionava como se conseguiria potenciar o prazer e diminuir a dor. As suas inquietações permitiram que se refletisse sobre estratégias para enfrentar as dificuldades fomentando a felicidade.

A corrente filosófica a que Epicuro deu origem, o *Epicurismo* (Bergsma, Poot & Liefbroer, 2008) continua a verificar-se atual no que concerne às preocupações (Diener, Lucas & Oishi, 2002). Verifica-se um contínuo foco de atenção quanto ao conceito de bem-estar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Marques, Pais-Ribeiro, Lopez, 2011; Neto, 1993).

Considera-se que o bem-estar subjetivo contempla três componentes: afeto positivo; afeto negativo e satisfação com a vida (Andrews & McKennell, 1983; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). O afeto positivo e negativo remetem para a grande área emocional, sendo que a satisfação com a vida se insere na área cognitiva, também designada por julgamento (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

O bem-estar subjetivo inclui sentimentos e julgamentos sobre a satisfação para com a vida (trabalho, relacionamentos, saúde, etc...) (Diener & Ryan, 2009).

Para além do bem-estar, de um modo geral, a componente que iremos explorar será a satisfação com a vida, já que foi uma das variáveis do nosso estudo.

A satisfação com a vida é definida como uma avaliação global, de caráter cognitivo e afetivo, da pessoa sobre a sua própria vida (Diener & Diener, 1996; Diener, Lucas & Oishi, 2002; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Assim, a satisfação de vida refere-se a um processo de julgamento cognitivo, pois implica uma avaliação realizada pela comparação que um indivíduo realiza da circunstância em que se encontra a viver com aquilo que seria considerado pelo próprio como um padrão adequado (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993). Trata-se de um padrão que cada pessoa define para si própria e por isso é algo interno ao próprio sujeito, sendo uma inferência naturalmente subjetiva (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

Existem domínios específicos como a saúde, a riqueza e a felicidade conjugal que parecem ser importantes para a maioria das pessoas e que são fatores cruciais que influenciam os julgamentos e a validação da satisfação com a vida, visto que nem todas as pessoas atribuem o mesmo peso a cada uma das áreas da sua vida (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991; Pavot & Diener, 1993). Considera-se inversamente à satisfação com a vida, a existência de infelicidade ou mal-estar que poderá ser deduzido pela existência de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva (Pavot & Diener, 1993).

Diener, Lucas & Oishi (2002) destacam a importância de, atualmente, se avaliar e diferenciar entre pensamentos e sentimentos que os indivíduos vivem, se possível aquando das experiências de bem-estar, porque assim seria possível conhecer o que cada indivíduo reporta sobre o seu humor e satisfação, sabendo porém, que pessoas que acreditam que uma satisfação com a vida é o desejável, se encontram mais predispostas para procurar informações positivas sempre que realizam um julgamento da sua satisfação com a vida.

A investigação de Diener e Diener (1996) comprova que nos 43 países que foram avaliados relatando a satisfação com a vida, grande parte dos inquiridos revelou níveis positivos de bem-estar, nomeadamente no casamento, trabalho e lazer. Dos países inquiridos, 86% obtiveram resultados acima da média quanto à perceção de satisfação com a vida.

Oishi, Diener & Lucas (2007) refletem sobre o facto da felicidade ser um indicador de sucesso. Indivíduos com níveis mais elevados de felicidade manifestam maior número de relacionamentos íntimos e trabalho de voluntariado. Por sua vez, indivíduos com níveis ligeiramente mais baixos de felicidade têm maior sucesso no que respeita a ganhos salariais, à educação e à participação na política. Os autores avançam que níveis ótimos de felicidade dependem dos recursos e desafios que o sujeito possui e enfrenta. Níveis muito elevados de bem-estar podem até ser negativos, como chamam à atenção Diener & Ryan (2009), pois um indivíduo que procure constantemente o bem-estar poderá ter maior propensão para adquirir comportamentos de risco, como a utilização de estupefacientes na tentativa de sentir maior bem-estar.

Diener, Lucas e Oishi (2002) proferem que o bem-estar subjetivo muda consoante as condições de vida em que a pessoa se encontra. Deste modo, os julgamentos de bem-estar subjetivo condensam reações cognitivas e emocionais face às circunstâncias de vida.

Mas, naturalmente, o bem-estar é sempre um estado subjetivo, na medida em que está dependente de uma avaliação que o sujeito faz face à percepção que possui em relação ao modo como está a decorrer a sua vida (Diener, Ryan, 2009; Diener, Kesebir e Lucas, 2008).

Diener e Ryan (2009) enfatizam a importância da avaliação do bem-estar subjetivo, para que este possa ser utilizado como um indicador social e económico, já que está associado ao sucesso na profissão e melhores relacionamentos interpessoais, o que parece ser uma mais-valia para a sociedade no geral.

Para Diener, Kesebir e Lucas (2008) a satisfação de vida nas crianças será de extrema importância na medida em que poderá ser possível sinalizar crianças com algum tipo de problemática e que beneficiem de uma intervenção psicológica. Assim, este *continuum* avaliação e intervenção poderá ser benéfico em termos preventivos, de modo a promover a felicidade através de intervenções com eficácia comprovada (Diener, Lucas & Oishi, 2002).

De acordo com Ruscio et al (2012) as intervenções na escola deveriam centrar-se em promover a autoestima, afeto positivo e esperança, devido a serem variáveis mediadoras no aumento da gratidão e da satisfação com a vida.

Bailey e Snyder (2007) relacionam a satisfação para com a vida e a esperança e referem que os resultados indicam que pessoas mais satisfeitas com a vida possuem igualmente mais esperança. Não parecem existir diferenças quanto ao género ou etnia. Quanto à faixa etária, foram detetadas diferenças nos adultos: indivíduos entre os 55 e 64 anos tinham menos esperança e menos capacidade para perceber como se torna possível atingir objetivos. O estado matrimonial também demonstrou diferenças: um relacionamento duradouro aumentou o nível de esperança. Estes sujeitos manifestaram estar mais satisfeitos com a vida do que os outros que se encontravam divorciados ou viúvos. Os autores chamam à atenção de que uma pessoa pode encontrar-se “*satisfied with his or her life and may lose hope for the future*” (Bailey & Snyder, 2007, p.239).

Guse & Vermaak (2011) estudam a esperança, o bem-estar e o *status* socioeconómico entre adolescentes Africanos e adolescentes Caucasianos. Os resultados indicam que os adolescentes Africanos manifestam elevados níveis de bem-estar comparativamente aos jovens Caucasianos, independentemente do *status* económico.

Terminada a revisão de literatura, espera-se ter sido possível elucidar o leitor sobre a teoria base do nosso estudo, partindo do mais vasto e chegando cada vez mais perto daquilo que se relacionava com a presente investigação, possibilitando uma reflexão que permite sustentar as hipóteses e posteriormente, os resultados que se vão encontrar. De agora em diante, conjuga-se a teoria com a vertente empírica do nosso estudo.

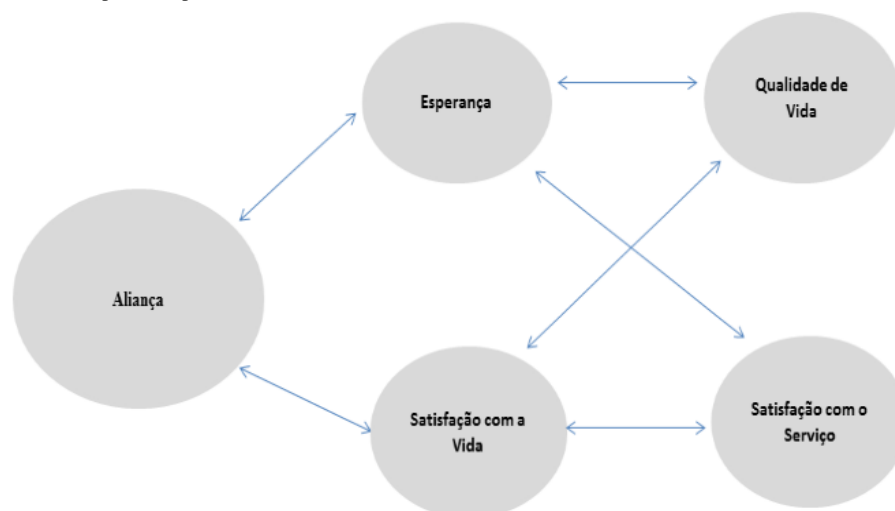
## **METODOLOGIA**

### **1. Objetivos de Investigação**

Tendo em consideração a pertinência desta investigação quanto às implicações que os resultados possam trazer para a qualidade das intervenções psicológicas, pretendeu-se com este estudo explorar quais as variáveis que conduzem à eficácia dos resultados, estabelecendo uma relação entre processo e resultados. Deste modo, pelo facto de, recentemente, a investigação centrar-se nesta temática através do estudo de programas de aconselhamento e orientação vocacional (Whiston & Oliver, 2005; Whiston & Rahardja, 2008), optou-se por realizar a presente investigação com os alunos de 9º ano de escolaridade do 3º ciclo do ensino básico, submetidos aos programas de Orientação Vocacional.

Especificamente, pretendeu-se: (a) analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação utilizados para medir a esperança, a satisfação com a vida, a aliança de trabalho, e a qualidade de vida; (b) elaborar uma escala para medir a satisfação com o serviço, numa amostra não-clínica; (c) caracterizar os alunos que recorrem ao programa, no que respeita às variáveis psicológicas, nomeadamente, esperança, satisfação com a vida, aliança de trabalho, qualidade de vida e satisfação com o serviço, no início e no fim do programa; (d) conhecer a evolução da aliança de trabalho ao longo do programa; (e) investigar qual a relação entre as variáveis esperança, satisfação com a vida, aliança de trabalho e a qualidade de vida e satisfação com o serviço; (f) determinar as variáveis psicológicas (Esperança, Satisfação com a Vida e Aliança de Trabalho) que mais contribuem para a Qualidade de Vida do estudante e para a Satisfação com o Serviço fornecido, explorando a relação entre processo e resultados e (g) analisar as diferenças que ocorrem nas variáveis esperança, satisfação com a vida, aliança de trabalho, qualidade de vida e satisfação com o serviço em função da variável género e nível ocupacional dos pais. Sintetiza-se o modo como o estudo foi delineado no mapa concetual que se segue:

**Quadro 1.** Mapa Conceptual



## **2. Questões de Investigação e Hipóteses**

Por se tratar, maioritariamente, de um estudo exploratório (pelo facto de existir, até à data, pouca literatura neste campo) optou-se por definir questões de investigação, num primeiro momento e hipóteses, num segundo momento, tendo sempre por base uma sustentação teórica de acordo com a revisão de literatura realizada.

### **2.1. Questões de Investigação**

- (1) Os questionários aplicados apresentam qualidades psicométricas adequadas?
- (2) Existe uma relação entre as variáveis Esperança, Satisfação com a Vida, Aliança de Trabalho, Qualidade de Vida e Satisfação com o Serviço?
- (3) Quais as variáveis (Esperança, Satisfação com a Vida e Aliança de Trabalho) que mais contribuem para a Qualidade de Vida dos estudantes e para a Satisfação com o Serviço?
- (4) Existem diferenças relativamente à Esperança, Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida no início e após a intervenção psicológica?
- (5) Existem mudanças na Aliança de trabalho estabelecida entre estudantes e psicólogo, antes, durante e após a intervenção?
- (6) As variáveis Esperança, Satisfação com a Vida, Aliança de Trabalho, Qualidade de Vida e Satisfação com o Serviço diferem em função do género e nível ocupacional dos pais?

## 2.2. Hipóteses

De acordo com a revisão de literatura e objetivos propostos para a investigação são colocadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: a Aliança de Trabalho, a Esperança, a Satisfação com a Vida e a Qualidade de Vida aumentam pós intervenção.

Hipótese 2: a Aliança de Trabalho aumenta ao longo da intervenção, quando comparada em três momentos distintos, início, meio e fim da intervenção.

## 2.3. Participantes

O presente estudo utiliza uma amostra heterogénea, de conveniência, representada por uma população não clínica, com estudantes pertencentes ao 9º ano de escolaridade que se encontravam a frequentar sessões do programa de Orientação Vocacional realizado nas respetivas escolas. Para a concretização deste estudo foram selecionados um total de 234 sujeitos. A seleção foi efetuada com base no método de amostragem dirigida, mais concretamente, por uma amostragem de conveniência, já que a população alvo foi escolhida com base na sua disponibilidade e condições de acesso Andrade, Calapez, Melo & Reis 1997; Bispo & Maroco, 2003). Assim, os resultados obtidos não podem ser generalizáveis à população, sendo apenas representativos da amostra em questão.

Dos 234 participantes do estudo, 132 (56,4%) eram do género feminino e 102 (43,6%) correspondiam ao género masculino. A amostra compreendia idades entre os 13 e os 18 anos ( $M= 14$ ;  $DP=0.81$ ).

As escolas onde decorreu a recolha situam-se no distrito de Lisboa e pertencem ao ensino privado. A escola A, continha 12 (5,1%) alunos a frequentar o programa de Orientação Vocacional e a escola B, possuía 222 (94,9%) alunos na intervenção.

Do total de sujeitos, 228 (97,4%) eram de nacionalidade portuguesa e apenas 6 (2,6%) de nacionalidade estrangeira.

O nível ocupacional dos pais, que é préavaliado através da profissão dos mesmos e que nos permite averiguar o estatuto socioeconómico, foi determinado através da grelha de classificação da “Estrutura dos Níveis Ocupacionais” (Santos, Fernandes & Feliz, 1973). Definiu-se assim a seguinte distribuição:

- O **Quadro 2** apresenta a distribuição das **profissões dos pais (pai e mãe)** dos participantes pelos diferentes níveis ocupacionais. Verifica-se que, maioritariamente, as

profissões dos pais se inserem ao nível dos Quadros Superiores, onde são categorizadas as profissões como, por exemplo, médico, engenheiro e professor do ensino secundário. Seguem-se os Profissionais Qualificados, como empregado de escritório, caixa de balcão e auxiliar de enfermagem, e no caso do pai, os profissionais Semi-Qualificados-Especializados, como, por exemplo, ajudante de cozinha e telefonista. No caso da mãe, seguem-se os Profissionais Altamente Qualificados isto é, assistentes de bordo, dietista, radiologista, etc. Começa a decrescer a frequência ao abordarmos a categoria Dirigentes, com as profissões de secretário-geral, administrador, inspetor-geral e subsequentemente, os Quadros Médios. Por fim, é importante referir que 7,7% da amostra não responde qual a profissão do pai e 0,4% menciona que o pai faleceu. No caso da mãe, 4,7% da amostra não responde qual a profissão da mãe e 0,4% menciona que a mãe se encontra reformada.

**Quadro 2:** Nível Ocupacional do Pai e da Mãe

	Nível Ocupacional dos Pais		Nível Ocupacional das Mães	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Quadros Superiores	72	30,8	53	22,6
Dirigentes	15	6,4	7	3,0
Quadros Médios	11	4,7	28	12,0
Encarregados/Contramestres	5	2,1	3	1,3
Profissionais Altamente Qualificados	28	12,0	29	12,4
Profissionais Qualificados	37	15,8	52	22,2
Profissionais Semi-Qualificados (Especializados)	36	15,4	14	6,0
Profissionais Não-Qualificados (Indiferenciados)	4	1,7	26	11,1
Reformado	0	0	1	0,4
Desempregado	7	3,0	10	4,3
Falecido	1	0,4	0	0
Não responde	18	7,7	11	4,7
Total	234	100,0	234	100,0

Verifica-se que Pai e Mãe estão representados com maior evidência na categoria Quadros Superiores e Profissionais Qualificados.

## **2.4. Instrumentos (Anexo A):**

### **2.4.1. Escala de Aliança para Adolescentes: TASA (Shirk, 2003) traduzido por Sá e Saramago (2007)**

A Escala de Aliança para Adolescentes (TASA) foi construída por Shirk em 2003 (Shirk, Caporino & Karver, 2010) para avaliar o laço emocional entre cliente e psicólogo, e o nível de colaboração na tarefa. É formada por 12 itens, divididos por dois fatores (laço e colaboração) que se encontravam correlacionados (0,76), sugerindo assim, apenas uma dimensão para a aliança. A escala possuía uma aceitável consistência interna ( $\alpha = 0,86$ ) e o coeficiente de correlação teste-reteste, passadas quatro semanas, de 0,53 (Shirk, Caporino & Karver, 2010)

A resposta é dada numa escala de *Likert* de 6 pontos que varia entre (1) Totalmente Falso e (6) Totalmente Verdade. É solicitado ao jovem para indicar o grau de acordo com cada item.

#### **2.4.2 “Escala de Esperança: CHS (Snyder et al., 1997) traduzido por Sá (2005)”**

A Escala de Esperança (CHS) foi construída por Snyder (1997) para avaliar a esperança, no que respeita à identificação da “agência” (*agency*) e aos “meios” capacidade para gerar caminhos alternativos “*pathways*”.

A escala CHS é formada por 6 itens. De um conjunto de vários itens foram selecionados seis itens, onde 3 refletiam “*agency*” (motivação) e outros 3 “*pathways*” (capacidade para gerar caminhos alternativos). No entanto, a estrutura fatorial é unifatorial, tendo-se verificado apenas a saturação num fator (Snyder, 1991).

A CHS foi validada para crianças entre os 7 e os 16 anos (Lopez, Snyder & Terramoto-Pedrotti, 2003; Snyder, 1997). Snyder e colaboradores (1997) verificaram que a escala possuía uma consistência interna satisfatória ( $0,77 < \alpha < 0,86$ ). Os componentes da escala são sempre analisados no seu total e não se utilizam resultados separados. O coeficiente de correlação teste-reteste passado um mês foi de 0,71. A média da pontuação na CHS foi de 25,41 (DP=4,99), numa amostra de 372 crianças em idade escolar. Não foram detetadas diferenças relativamente ao género, nem à etnia (Snyder, 1997).

A escala é tipo *Likert* de 6 pontos que varia entre (1) Nunca e (6) Sempre. É pedido ao jovem para indicar como pensa que é na maioria das situações, colocando uma cruz no quadrado que melhor o descreve.

#### **2.4.3. “Escala de Satisfação com a Vida: SWLS (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) adaptado por Neto (1993)”**

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi construída por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) para avaliar a satisfação de vida enquanto um constructo cognitivo. A escala SWLS é formada por 5 itens e tem como objetivo avaliar a satisfação para com a vida de um modo global e consiste numa escala de *Likert* de 7 pontos que varia entre (1) Fortemente em Desacordo e (7) Fortemente de Acordo. É pedido ao jovem para indicar o grau de acordo com cada item.

Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) verificaram que a escala mostrou um só fator e a evidência de uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,83$ ), explicando 66% da



variância. No que concerne à adaptação da escala à população portuguesa (Neto, 1993), tal como o estudo original, constatou-se satisfatória a consistência interna do instrumento ( $\alpha = 0,78$ ). A média das pontuações foi de 24,1 (DP=5,9). A escala explicou, segundo Neto (1993), 53,3% da variância.

#### **2.4.4. “Análise da Estrutura Fatorial do Questionário da Qualidade de Vida (13-18 anos) Versão 4.0- PedsQL™ (Varni, 2008)”**

Questionário da Qualidade de Vida Pediátrico: Relatório para adolescentes (13-18 anos), Versão 4.0 (Pedsq) foi elaborado por Varni, Newman e Limbers (2008) na tentativa de ser um instrumento breve, estandardizado que permitisse avaliar de modo sistemático a qualidade de vida das crianças, relacionando este conceito com a saúde das mesmas. O instrumento permite deste modo, avaliar populações saudáveis e populações clínicas, com doenças agudas ou crónicas (Lima, Guerra & Lemos, 2008).

A escala Pedsq é constituída por diversas escalas, adequadas aos diferentes períodos de desenvolvimento e patologias. No presente estudo, vamos descrever apenas a versão da escala genérica de autorrelato para a faixa etária entre os 13 e os 18 anos. O instrumento consiste num total de 23 itens, onde é pedido ao jovem para ler uma lista de atividades, definindo se são consideradas como um problema e quantificá-las em função disso, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre (1) Nunca e (5) Quase sempre. As dimensões avaliadas pela escala são o desenvolvimento físico (8 itens), o desenvolvimento emocional (5 itens), o funcionamento social (5 itens) e o funcionamento na escola (5 itens). Para além de um resultado global, pode obter-se também outras duas subescalas (Saúde Física e Saúde Psicossocial).

Varni, Seid e Kurtin (2001) verificaram que a escala possuía uma boa consistência interna para a escala total ( $\alpha = 0,88$ ). A escala de Saúde Física (composta pela escala de Funcionamento Físico) e a escala de Saúde Psicossocial (composta pela soma dos itens da escala Emocional, Social e de Funcionamento Escolar), obtiveram adequadas consistências internas ( $\alpha = 0,80$ ;  $\alpha = 0,83$  respetivamente) numa amostra de 963 crianças a frequentar serviços de saúde.

#### **2.4.5. “Escala de Satisfação com o Serviço: ESS (Marafuz & Sá, 2013)”**

A Escala de Satisfação com o Serviço (ESS) foi construída na presente investigação para avaliar a satisfação que os indivíduos manifestam face a uma intervenção psicológica. A escala ESS é formada por um total de 11 itens e tem como objetivo avaliar a satisfação, de um modo global, para com os serviços de psicologia no que concerne ao decurso de uma intervenção. O instrumento consiste numa escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre (1) Consideravelmente Agravada e (5) Francamente Melhor.

#### **2.5. Procedimento**

A recolha dos dados da amostra decorreu de março a junho de 2013. Não obstante, antes de se iniciar a sua recolha, foi fundamental garantir a aprovação do projeto através da Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico (**Anexo B**). Após esta aprovação, pediu-se formalmente à Direção Geral de Educação (**Anexo B**) autorização para a utilização de inquéritos em meio escolar. Após aprovação, foram contactadas as escolas.

Pretendia-se que as escolas envolvidas no estudo tivessem Serviço de Psicologia e Orientação e estivessem organizadas no sentido de desenvolver um programa de Orientação Vocacional aos alunos de 9º ano de escolaridade entre 9 a 12 sessões de modo a permitir estudar as variáveis psicológicas (Esperança, Satisfação com a Vida, Aliança de Trabalho, Qualidade de Vida e Satisfação com o serviço ao longo do tempo).

As escolas foram contactadas presencialmente e em simultâneo por meio de uma carta descritiva do estudo a desenvolver (**Anexo C**). Depois de obtida a autorização das escolas, foi elaborada uma carta dirigida aos Encarregados de Educação dos alunos (**Anexo D**) que iriam participar no programa de Orientação Vocacional, de modo a descrever a investigação e a solicitar o seu consentimento para a participação dos seus educandos. Foram recolhidas as autorizações e participaram no estudo unicamente os alunos com autorização por escrito.

Ainda antes de serem aplicados os questionários, os alunos foram informados verbalmente que a participação tinha um carácter voluntário, sem consequências se optassem por não participar, podendo inclusive desistir em qualquer momento.

A cada participante foi atribuído um código, de modo a que não fosse identificado uma vez realizado o estudo, mas que nos permitisse cruzar os dados das três recolhas. O

código foi composto pela data de nascimento da mãe. Foi assim, assegurada a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes.

Os instrumentos de avaliação psicológica utilizados foram aplicados em três momentos diversos (pré-teste, 3ª sessão), teste intermédio (a meio do programa), pós-teste (na última sessão) de acordo com um protocolo específico. A aplicação demorou aproximadamente 15 minutos para o pré- teste e pós-teste e cerca de 5 minutos para a concretização do teste intermédio. A aplicação ocorreu em contexto grupal. O momento da aplicação contou com a presença do investigador na sala e os instrumentos foram distribuídos ao grupo.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 1. Procedimento Estatístico

O tratamento estatístico dos resultados foi realizado com recurso a um *software* de análise estatística, o *IBM SPSS Statistics 20*. O Estudo Psicométrico dos Instrumentos foi concretizado através de uma **Análise Fatorial Exploratória** que pretende encontrar o mais pequeno conjunto de fatores que se encontram correlacionados com o que pretendemos medir na investigação (Marôco, 2010; Pereira, 2011). Na presente investigação as variáveis não demonstraram uma distribuição normal. No entanto, o teorema do limite central permite utilizar testes paramétricos, o valor médio tende para uma distribuição normal (Pallant, 2002).

De modo a verificar se a análise fatorial tem validade para as variáveis selecionadas verificam-se os critérios propostos, através da medida da adequação da amostragem **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)**, que reflete a homogeneidade das variáveis. O valor do KMO é aceitável a partir de 0.7 (Marôco, 2010). Outro pressuposto é o teste de Esfericidade de Bartlett que nos permite compreender se as variáveis se encontram relacionadas para um *p-value* <0.05 (Pereira, 2011). Foi utilizado o **Método das Componentes Principais**, seguida de uma **rotação Varimax**.

De acordo com Marôco (2010) para se decidir a retenção de fatores devemos apoiar a decisão na regra de Kaiser (com um *eigenvalue* > 1), o teste de *Scree Plot* e na variância extraída total (acima de 50%). Relativamente aos itens, é importante considerar como critérios de exclusão o fator de saturação do item inferior a 0.4, o valor da consistência interna (medido através do alfa de Cronbach) e a coerência teórica do item (Hill & Hill, 2002; Pallant, 2002).

A precisão dos instrumentos utilizados foi avaliada através de uma análise da consistência interna, com recurso ao valor de *alfa* de Cronbach.

As **correlações** entre os instrumentos de avaliação foram calculadas através do coeficiente de Pearson e foi realizada uma **análise de regressão multivariada** para compreender quais as variáveis preditoras de vários modelos pré-definidos.

Para o estudo das diferenças das escalas aplicadas no início e no fim da intervenção, utilizou-se o **teste t-student para amostras emparelhadas**.

Para medir a influência das **variáveis idade e género**, recorreu-se ao **t-student para amostras independentes**.

## **2. Estudo Psicométrico dos Instrumentos**

Na **Escala de Aliança para Adolescentes**, observou-se no teste de **Kaiser-Meyer-Olkin** (os resultados desta estatística serão agrupados no Anexo E) um **KMO** = 0.84, que é considerado “bom” indicador para considerar válida a análise em questão, de acordo com os referenciais Marôco (2010). O **Teste da Esfericidade de Bartlett** ( $p < 0.05$ ) apoia igualmente a continuação da análise fatorial por existir correlação entre as variáveis (Pereira, 2011). Sendo aceites os pressupostos, realizou-se uma análise fatorial exploratória com extração de fatores pelo **Método das Componentes Principais**, seguida de uma **rotação Varimax**. O **quadro 3** remete para a estrutura fatorial da TASA. A solução de dois fatores não foi ao encontro da estrutura original que considerava a existência de apenas um fator. Torna-se importante referir que os **itens** que se encontravam na negativa foram **recodificados**. Denota-se que os itens agrupados no fator 1 são os que remetem para a existência de uma aliança de trabalho e os itens agrupados no fator 2 são os itens que se encontram na negativa e retratam fragilidades na aliança de trabalho. Os fatores explicaram 54.35% da variabilidade total, ou seja, o fator 1 explica cerca de 36.15% enquanto o fator 2 explica 18.21%. Encontram-se agrupados no primeiro fator os itens que estão descritos na positiva e no segundo fator aqueles que se encontram na negativa. Deste modo, o fator 1 inclui os itens (1, 4, 5, 7, 8, 10) e o fator 2 inclui os itens (2, 3, 6, 9, 11, 12).

**Quadro 3:** Estrutura fatorial da TASA com Rotação Varimax (itens e saturações com 2 fatores)

Itens	Linha Colaborativa		Não Existência de Linha Colaborativa	
	Fator 1		Fator 2	
7. "O (A) meu (minha) psicólogo (a) compreende realmente aquilo que me incomoda ou perturba".		.81		
10. "O (A) meu (minha) Psicólogo (a) e eu trabalhamos bem em conjunto sobre coisas que me incomodam ou perturbam".		.80		
5. "Sinto que posso contar com o (a) meu (minha) psicólogo (a)".		.78		
1. "Sinto que o (a) meu (minha) psicólogo (a) está do meu lado e me tenta ajudar".		.76		
8. "O (A) meu (minha) psicólogo (a) descobrimos uma boa forma de trabalhar as minhas emoções de tristeza e zanga".		.73		
4. "Utilizo o tempo que passo com o (a) meu (minha) psicólogo (a) para mudar os meus pensamentos e comportamentos".		.70		
12. "Eu preferia não ter de trabalhar sobre os meus problemas e preocupações com o (a) meu (minha) psicólogo (a)".				.77
11. "Quando estou com o meu (minha) psicólogo (a) desejo que a sessão acabe depressa".				.74
6. "Acho difícil trabalhar com o meu (minha) psicólogo (a) as coisas que me perturbam".				.73
3. "Acho difícil confiar no meu (minha) psicólogo (a)".				.67
2. "Sinto-me pouco à vontade falar sobre o que sinto com o meu (minha) psicólogo (a)".				.57
9. "Não recebo muito apoio do meu (minha) psicólogo (a)".				.50

Analisou-se a **fidelidade** da escala, avaliando a **consistência interna da escala**, calculando-se o indicador **alfa de Cronbach** para um N= 234 e um total de 12 itens. O **alfa de Cronbach** foi de **0.83**, refletindo igualmente uma elevada consistência interna.

A **média de cotação** (os resultados desta estatística referentes a todas as escalas serão agrupados no **anexo F**). Observa-se o mínimo atribuído (M=3,00; DP=1.57) à questão 8 ("O (a) meu (minha) psicólogo (a) e eu descobrimos uma boa forma de trabalhar as minhas emoções de tristeza ou zanga") e o máximo atribuído (M=5; DP=1.44) à questão 12 ("Eu preferia não ter de trabalhar sobre os meus problemas e preocupações com o (a) meu psicólogo (a)"). A **média global da escala** tem um valor de 48.6 e um **desvio-padrão** de 10.16.

Na **Análise da Estrutura Fatorial da Escala de Esperança**, observou-se no teste de **Kaiser-Meyer-Olkin** um **KMO** = 0.85, que é considerado "bom" indicador para considerar válida a análise em questão, de acordo com os referenciais Marôco (2010). O **Teste da Esfericidade de Bartlett** ( $p < 0.05$ ) apoia igualmente a continuação da análise fatorial por considerar existir relação entre as variáveis (Pereira, 2011). Sendo aceite os

pressupostos, realizou-se uma análise fatorial exploratória com extração de fatores pelo **Método das Componentes Principais**. O **quadro 4** remete para a estrutura fatorial da CHS. A solução de um fator foi ao encontro da estrutura original. A presente escala explicou 54.60% da variância total. Encontram-se agrupados no fator o total de itens (1-6). Denota-se que os itens agrupados no fator 1 são os que remetem para a existência global de motivação, relacionando-se com a “agência” que Snyder (1991) aborda.

**Quadro 4:** Estrutura fatorial da CHS com rotação Varimax (itens e saturações com 1 fator)

Itens	Esperança
	Fator 1
4. "Quando tenho um problema consigo arranjar várias formas de o resolver"	.81
1. "Eu penso que me estou a sair bastante bem"	.80
2. "Eu consigo pensar em várias formas de obter as coisas que são importantes para mim"	.76
6. "Mesmo quando os outros querem desistir, eu sei que consigo encontrar formas de resolver o problema"	.76
3. "Eu estou-me a sair tão bem como as outras pessoas da minha idade"	.73
5. "Eu penso que as coisas que fiz no passado me vão ajudar no futuro".	.54

Analizou-se a **fidelidade** da escala, avaliando a **consistência interna da escala**, calculando-se o indicador **alfa de Cronbach** para um N= 234 e um total de 6 itens. No presente estudo, o **alfa de Cronbach** foi de **0.82**, refletindo igualmente uma elevada consistência interna. A média de cotação atribuída pelos participantes varia entre 1 (Nunca) e 6 pontos (Sempre), numa escala de Lickert e observa-se o mínimo atribuído (M=3,8; DP=1.15) à questão 1 (“Eu penso que estou a sair-me bastante bem”) e o máximo atribuído (M=4,05; DP=1.09) à questão 2 (“Eu consigo pensar em várias formas de obter as coisas que são importantes para mim”). A **média global** da escala tem um valor de 24.70 e **desvio-padrão** de 5,54.

Na **Análise da Estrutura Fatorial da Escala de Satisfação com a Vida** observou-se no teste de **Kaiser-Meyer-Olkin** um **KMO** = 0.84, que é considerado “bom” indicador para considerar válida a análise em questão. O **Teste da Esfericidade de Bartlett** ( $p < 0.05$ ) apoia igualmente a continuação da análise fatorial, significando existir correlação entre as variáveis (Pereira, 2011).

Sendo aceites os pressupostos, realizou-se uma análise fatorial exploratória com extração de fatores pelo **Método das Componentes Principais**. O **quadro 5** remete para a estrutura fatorial da SWLS. A solução de um fator foi ao encontro da estrutura original já que existe uma saturação dos itens em um fator. A presente escala explicou 58.33% da variância total. Encontram-se agrupados no fator o total de itens (1-5). Denota-se que os itens agrupados no fator 1 são os que remetem para a existência global “Satisfação com a vida”, tal como referem Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) e Neto (1993).

**Quadro 5:** Estrutura fatorial da SWLS (itens e saturações com 1 fator)

Itens	Satisfação com a Vida
	Fator 1
3. "Estou satisfeito (a) com a minha vida"	.84
4. "Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida"	.81
1. "Em muitos aspetos a minha vida aproxima-se dos meus ideais"	.76
5. "Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada"	.71
2. "As minhas condições de vida são excelentes"	.70

Analizou-se a **fidelidade** da escala, avaliando a **consistência interna da escala**, calculando-se o indicador **alfa de Cronbach** para um N= 234 e um total de 5 itens. O **alfa de Cronbach** foi de **0.81**, refletindo igualmente uma elevada consistência interna.

A média de cotação atribuída pelos participantes (**Quadro 12**) varia entre 1 (Nunca) e 7 pontos (Sempre), numa escala de Lickert e observa-se o mínimo atribuído (M=4,20; DP=1.98) à questão 5 (“Se eu pudesse viver a minha vida de novo não alteraria nada”) e o máximo atribuído (M=5,61; DP=1.36) à questão 3 (“Estou satisfeito (a) com a minha vida”).

A **média global** da escala tem um valor de 25.58 e **desvio-padrão** de 5,56.

No **Questionário da Qualidade de Vida** não se realizou a análise da estrutura fatorial por não ser permitido pelos autores. No entanto, analisou-se a **fidelidade**, avaliando a **consistência interna da escala**, calculando-se o indicador **alfa de Cronbach** para um N= 234 e um total de 23 itens. O **alfa de Cronbach** foi de **0.85**, refletindo uma

elevada consistência interna. A consistência interna das duas subescalas que constituem a Saúde física e a Saúde Psicossocial foram respetivamente ( $\alpha = 0.76$  e  $\alpha = 0.80$ ).

Os **valores da escala foram invertidos** de modo a que a cotação mais elevada corresponda a maior Qualidade de Vida. A média de cotação atribuída pelos participantes (**Quadro 15**) varia entre 1 (Nunca) e 5 pontos (Quase Sempre), numa escala de Lickert e observa-se o mínimo atribuído ( $M=3.03$ ;  $DP=0.98$ ) à questão (3) da categoria “Escola”: “É difícil para mim prestar atenção na aula” e o máximo atribuído ( $M=4.95$   $DP=0.29$ ) à questão (5) da categoria “Saúde e Atividade”: “é difícil para mim tomar banho ou duche sozinho”.

A **média total da escala** é de 91.02 e o **desvio padrão** de 10.45.

A **Análise da Estrutura Fatorial da Escala de Satisfação com o Serviço** observou no teste de **Kaiser-Meyer-Olkin** um **KMO** = 0.85, que é considerado “bom” indicador para considerar válida a análise em questão, de acordo com os referenciais Marôco (2010). O **Teste da Esfericidade de Bartlett** ( $p < 0.05$ ) apoia igualmente a continuação da análise fatorial. Sendo aceite os pressupostos, realizou-se uma análise fatorial exploratória com extração de fatores pelo **Método das Componentes Principais**. O **quadro 6** remete para a estrutura fatorial da ESS. Foi encontrada a saturação da escala em dois fatores. A presente escala explicou 60.94% da variância total, o fator 1 explica cerca de 48.02%, enquanto o fator 2 explica 12.92%. O fator 1 parece relacionar-se com a satisfação para com a intervenção e o fator 2, a autoconfiança do jovem face à sua capacidade de resolução de problemas de modo autónomo.

Não se justifica a eliminação de itens da escala uma vez que as cargas fatoriais saturam acima dos 0.4 (Hill & Hill, 2002; Pallant, 2002). Deste modo, o fator 1 inclui os itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) e o fator 2 inclui os itens (10,11).

Analisou-se a **fidelidade** da escala, avaliando a **consistência interna da escala**, calculando-se o indicador **alfa de Cronbach** para um  $N= 218$  e um total de 10 itens. No presente estudo, o **alfa de Cronbach** foi de **0.87**, refletindo uma elevada consistência interna. A média de cotação atribuída pelos participantes varia entre 1 e 5 pontos, numa escala de Lickert e observa-se o mínimo atribuído ( $M=3,38$ ;  $DP=0.98$ ) à questão 3 (“As dúvidas que tinha e não foram tratadas ao longo deste programa são...”) e o máximo atribuído ( $M=3,70$ ;  $DP=0.94$ ) à questão 3 (“Em relação aos meus progressos sinto-me...”).

A **média** da escala tem um valor de 35.82 e **desvio-padrão** de 6,07.



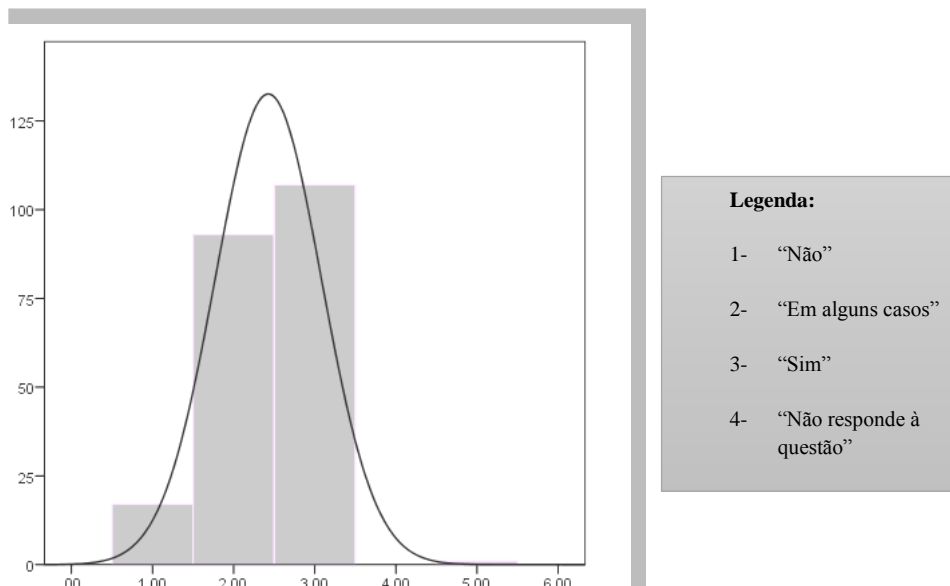
**Quadro 6:** Estrutura fatorial da ESS com Rotação Varimax (itens e saturações com 2 fatores)

Itens	Fator 1	Fator 2
2. “As dúvidas que tinha e que foram tratadas ao longo deste programa estão”.	0.82	
7. “Neste momento a minha expectativa do resultado desta intervenção é”	0.78	
5. “Em relação à preocupação e interesse do psicólogo para com os meus problemas fiquei”.	0.75	
8. “Acho que esta forma de tratar as dúvidas vocacionais, usando este tipo de programa é”	0.71	
1. “A situação que me levou a procurar este programa está neste momento”.	0.70	
6. “Em que grau a intervenção realizada ajudou-me noutros aspetos pessoais ou familiares gerais, não diretamente relacionados com as minhas dúvidas vocacionais”	0.67	
3. “As dúvidas que tinha e que não foram tratadas neste programa estão”.	0.65	
4. “Em relação aos meus progressos sinto-me”	0.64	
10. “Qual o teu grau de confiança para resolveres as tuas dúvidas vocacionais no futuro, por ti só (sem a ajuda do psicólogo)”.		0.90
11. “Qual o teu grau de confiança para resolveres as tuas dúvidas vocacionais, atualmente, por ti só (sem a ajuda do psicólogo)”.		0.89

### **Análise da questão “Recomendavas este programa a um amigo?”**

A questão 9 não foi inserida na análise de componentes principais uma vez que é cotada de um modo distinto (a cotação varia entre o mínimo 1 (não), 2 (em alguns casos) e o máximo de 3 (sim), numa escala Lickert) e remete apenas para a possibilidade do jovem se encontrar satisfeito com o programa de intervenção de modo a referenciá-lo a outros. Neste sentido, apresenta-se apenas a frequência (**Gráfico 1**) de respostas que o item obteve. A resposta mais cotada foi o “Sim” (49.1%), seguido do “Em alguns casos” (42.7%), “Não” (7.8%) e por fim, “Não responde à questão” (0.5%).

**Gráfico 1:** Frequência de respostas dos sujeitos relativamente à questão 9 “Recomendavas este programa a um amigo” (N= 218, 16 participantes não realizaram o teste ).



### 3. Estudo das Relações entre as Variáveis em Estudo

Realizou-se o cálculo de correlações, através do coeficiente de Pearson, entre as variáveis identificadas numa escala de razão: Esperança, Satisfação com a Vida, Aliança de trabalho, Qualidade de vida e Satisfação com o Serviço. O **Quadro nº 7** demonstra a existência dessas correlações, que foram analisadas de acordo com os critérios de Cohen, Manion e Morrison (2007) para a compreensão da força da correlação.

**Quadro nº7 :** Correlações entre as variáveis

	M	DP	Esperança preteste	SatVida preteste	Aliança preteste	Qual Vida preteste	Aliança teste intermedio	Aliança postteste	Esperança postteste	Satis Vida postteste	Qual Vida postteste	Satis Serviço postteste
Esperança preteste	4.12	0.92		.55 <sup>**</sup>	.22 <sup>**</sup>	.39 <sup>**</sup>	.13 <sup>*</sup>	.06	.56 <sup>**</sup>	.33 <sup>**</sup>	.16 <sup>*</sup>	.27 <sup>**</sup>
SatVida preteste	5.10	1.12			.21 <sup>**</sup>	.45 <sup>**</sup>	.21 <sup>**</sup>	.16 <sup>*</sup>	.40 <sup>**</sup>	.57 <sup>**</sup>	.28 <sup>**</sup>	.27 <sup>**</sup>
Aliança preteste	4.05	0.84				.12	.61 <sup>**</sup>	.53 <sup>**</sup>	.21 <sup>**</sup>	.30 <sup>**</sup>	.06	.32 <sup>**</sup>
Qual Vida preteste	3.95	0.45					.16 <sup>*</sup>	.01	.30 <sup>**</sup>	.30 <sup>**</sup>	.58 <sup>**</sup>	.16 <sup>*</sup>
Aliança teste intermedio	4.09	0.81						.71 <sup>**</sup>	.21 <sup>**</sup>	.27 <sup>**</sup>	.12	.39 <sup>**</sup>
Aliança postteste	3.97	0.83							.09	.20 <sup>**</sup>	-.00	.44 <sup>**</sup>
Esperança postteste	3.96	0.94								.55 <sup>**</sup>	.30 <sup>**</sup>	.51 <sup>**</sup>
Satis Vida postteste	4.99	1.23									.33 <sup>**</sup>	.57 <sup>**</sup>
Qual Vida postteste	3.93	0.51										.12
Satis Serviço postteste	3.58	0.62										

**Legenda:** correlação significativa para <sup>\*\*</sup>  $p < 0.01$ ; correlação significativa para <sup>\*</sup>  $p < 0.05$

A escala de **Esperança (préteste)**, realizada no início da intervenção mostrou uma **correlação significativa positiva e forte** com a escala **Satisfação com a Vida (préteste)** aplicada no início da intervenção ( $r = 0.55$ ;  $p < 0.01$ ) e com a escala de **Esperança (pósteste)** ( $r = 0.56$ ;  $p < 0.01$ ), uma relação **positiva moderada com a Qualidade de Vida (préteste)** ( $r = 0.39$ ;  $p < 0.01$ ), **Satisfação de Vida (pósteste)** ( $r = 0.33$ ;  $p < 0.01$ ).

Por sua vez, a escala de **Satisfação com a Vida (pré-teste)** demonstra uma correlação significativa **positiva forte** com a escala de **Satisfação de Vida (pósteste)** ( $r = 0.57$ ;  $p < 0.01$ ) e **positiva moderada** com a **Qualidade de Vida (préteste)** ( $r = 0.45$ ;  $p < 0.01$ ), com a **escala de Esperança (pósteste)** ( $r = 0.40$ ;  $p < 0.01$ ).

A escala de **Aliança de trabalho (préteste)** manifesta uma relação **positiva forte** com a **Aliança de trabalho (teste intermédio)** ( $r = 0.61$ ;  $p < 0.01$ ) e com a **Aliança de trabalho (pósteste)** ( $r = 0.53$ ;  $p < 0.01$ ). Encontra-se uma relação **positiva moderada** com a **Satisfação de Vida (pósteste)** ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.01$ ) e com a **Satisfação com o Serviço (pósteste)** ( $r = 0.32$ ;  $p < 0.01$ ).

A escala de **Qualidade de Vida (préteste)** correlaciona-se de modo **positivo e forte** intensidade com a escala de **Qualidade de Vida (pósteste)** aplicada no fim da intervenção ( $r = 0.58$ ;  $p < 0.01$ ). Estabelece relação **positiva moderada** com a **Esperança (pósteste)** ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.01$ ) e **Satisfação de Vida (pósteste)** ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.01$ ).

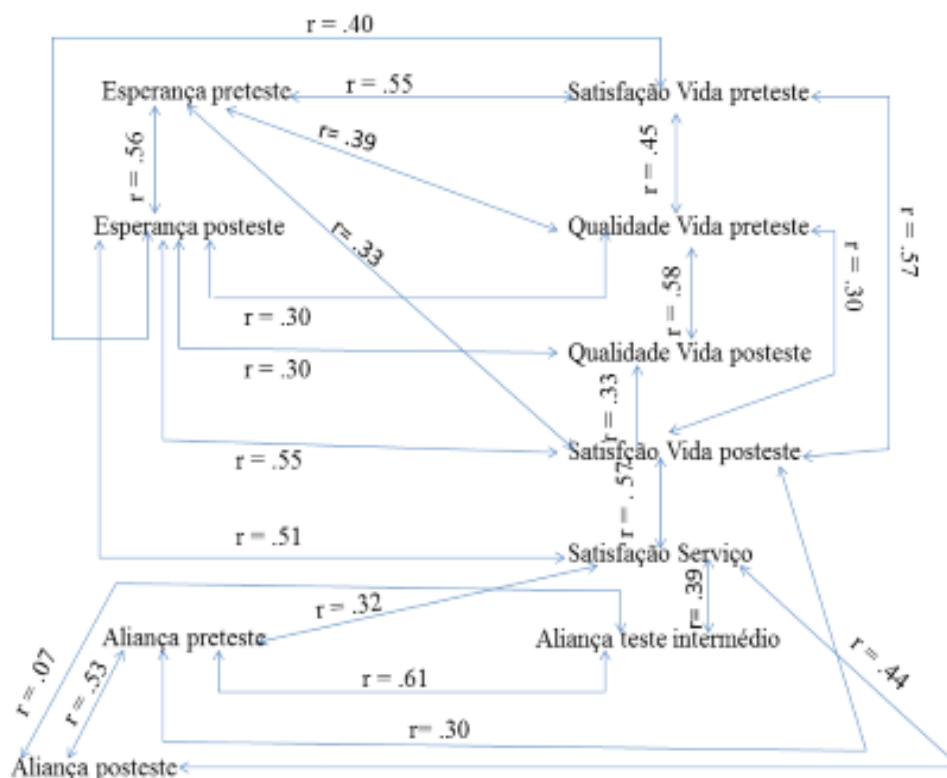
A escala que mede a **Aliança de trabalho (teste intermédio)** correlaciona-se **positivamente** e com **forte** intensidade com a **Aliança de trabalho (pósteste)** ( $r = 0.71$ ;  $p < 0.01$ ). De modo **positivo e moderadamente** relaciona-se a **Satisfação com o Serviço** ( $r = 0.39$ ;  $p < 0.01$ ).

A **Aliança de trabalho (pósteste)** está correlacionada **positivamente** com força **moderada** com a **Satisfação com o Serviço (pósteste)** ( $r = 0.44$ ;  $p < 0.01$ ).

A **Esperança (pósteste)** tem relação **positiva forte** com a **Satisfação com a Vida (pósteste)** ( $r = 0.55$ ;  $p < 0.01$ ) e com a **Satisfação com o Serviço (pósteste)** ( $r = 0.51$ ;  $p < 0.01$ ). A relação é **positiva e moderada** com a **Qualidade de Vida (pósteste)** ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.01$ ).

A **Satisfação com a Vida (pósteste)** estabelece uma correlação **positiva forte** com a **Satisfação com o Serviço (pósteste)** ( $r = 0.57$ ;  $p < 0.01$ ) e **positiva moderada** com a **Qualidade de Vida (pósteste)** ( $r = 0.33$ ;  $p < 0.01$ ).

Quadro nº8: Esquema representativo das correlações entre as variáveis



#### 4. Estudo dos Modelos Preditores da Qualidade de Vida e da Satisfação com o Serviço

A significância dos diferentes preditores sobre a Qualidade de Vida (préteste e pós-teste) e Satisfação para com o Serviço (pós-teste) foi avaliada com um modelo de regressão linear múltipla implementado no SPSS Statistics 20. Analisaram-se os pressupostos do modelo, concretamente a distribuição normal (recurso ao teorema do limite central  $n > 30$ ), homogeneidade das variâncias (observada graficamente), independência dos erros, por recurso à estatística de Durbin-Watson e para diagnosticar a multicolinearidade, a estatística VIF. Consideram-se efeitos significativos aqueles com  $p < 0.05$ .

O **modelo 1** de regressão linear múltipla da **Qualidade de Vida (préteste)** em função da Aliança de trabalho (préteste), da Satisfação com a Vida (préteste) e da

Esperança (préteste) revelou-se estatisticamente significativo ( $F(3,230)=23,74$ ;  $R^2a=0.22$ ;  $p=0.00$ ). Contudo, a análise de coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que dos três preditores considerados, apenas a **Satisfação com a Vida (préteste)** ( $\beta=0.33$ ,  $t(230)=4.82$ ;  $p=0.00$ ) e a **Esperança (préteste)** ( $\beta=0.21$ ,  $t(230)=3.05$ ;  $p=0.02$ ) são preditores significativos da Qualidade de Vida (préteste), com 22% da variância da Qualidade de Vida (préteste) explicada pelo modelo.

O **modelo 2** de regressão linear múltipla da **Qualidade de Vida (pósteste)** em função da Aliança de trabalho (préteste), da Satisfação com a Vida (préteste) e da Esperança (préteste) revelou-se estatisticamente significativo ( $F(3,218)=6,39$ ;  $R^2a=0.06$ ;  $p=0.00$ ). Contudo, a análise de coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que dos três preditores considerados, apenas a **Satisfação com a Vida (préteste)** ( $\beta=0.28$ ,  $t(231)=3.59$ ;  $p=0.00$ ) é preditor significativo da Qualidade de Vida (pósteste), com 6% da variância da Qualidade de Vida (préteste) explicada pelo modelo.

O **modelo 3** de regressão linear múltipla da **Qualidade de Vida (pósteste)** em função da Aliança de trabalho (pósteste), da Satisfação com a Vida (pósteste) e da Esperança (pósteste) revelou-se estatisticamente significativo ( $F(3,216)=11,15$ ;  $R^2a=0.12$ ;  $p=0.00$ ). Contudo, a análise de coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que dos três preditores considerados, apenas a **Satisfação com a Vida (pósteste)** ( $\beta=0.26$ ,  $t(216)=3.35$ ;  $p=0.01$ ) e a **Esperança (pósteste)** ( $\beta=0.15$ ,  $t(216)=2.09$ ;  $p=0.03$ ) são preditores significativos da Qualidade de Vida (pósteste), com 12% da variância da Qualidade de Vida (préteste) explicada pelo modelo.

O **modelo 4** de regressão linear múltipla da **Satisfação com o Serviço (pósteste)** em função da Aliança de trabalho (préteste), da Satisfação com a Vida (préteste) e da Esperança (préteste) revelou-se estatisticamente significativo ( $F(3,214)=13,94$ ;  $R^2a=0.15$ ;  $p=0.00$ ). Contudo, a análise de coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que dos três preditores considerados, apenas a **Aliança (préteste)** ( $\beta=0.26$ ,  $t(214)=4.14$ ;  $p=0.00$ ) e a **Satisfação com a Vida (préteste)** ( $\beta=0.16$ ,  $t(214)=2.13$ ;  $p=0.03$ ) são preditores significativos da Satisfação com o Serviço (pósteste), com 15% da variância da Qualidade de Vida (préteste) explicada pelo modelo.

O **modelo 5** de regressão linear múltipla da **Satisfação com o Serviço (pósteste)** em função da Aliança de trabalho (pósteste), da Satisfação com a Vida (pósteste) e da Esperança (pósteste) revelou-se estatisticamente significativo ( $F(3,214)=70,42$ ;  $R^2a=0.49$ ;  $p=0.00$ ). A análise de coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que os três preditores considerados, a **Aliança (pósteste)** ( $\beta=0.35$ ,  $t(214)=7.07$ ;

$p=0.00$ ), a **Esperança (pósteste)** ( $\beta=0.28$ ,  $t(214)=4.86$ ;  $p=0.00$ ) e a **Satisfação com a Vida (pósteste)** ( $\beta=0.34$ ,  $t(214)=5.76$ ;  $p=0.00$ ) são preditores significativos da Satisfação com o Serviço (pósteste), com 49% da variância da Satisfação com o Serviço (pósteste) explicada pelo modelo.

Na sequência desta análise, apesar de não estar inicialmente proposto como objetivo, optámos ainda por analisar mais três modelos que considerámos pertinentes de acordo com a literatura:

O **modelo 6** de regressão linear múltipla da **Aliança (pósteste)** em função da Aliança de trabalho (préteste), da Satisfação com a Vida (préteste) e da Esperança (préteste) revelou-se estatisticamente significativo ( $F(3,229)=31,77$ ;  $R^2a=0.28$ ;  $p=0.00$ ). A análise de coeficientes de regressão e da sua significância estatística revelou que dos três preditores considerados, apenas a **Aliança (préteste)** ( $\beta=0.53$ ,  $t(229)=9.29$ ;  $p=0.00$ ) é preditor significativo da **Aliança (pósteste)**, com 28% da variância da Aliança (pósteste) explicada pelo modelo.

## 5. Diferenças Antes e Após Intervenção

**Quadro nº9:** Médias e Desvio-padrão antes da intervenção (préteste) e após intervenção (pósteste).

	Préteste		Posteste		t	df	p-value
	M	DP	M	DP			
Esperança	4.13	0.92	3.96	0.94	2.89	221	0.00
SatisfVida	5.10	1.14	4.99	1.23	1.54	219	0.12
QualVida	3.96	0.45	3.93	0.51	0.81	221	0.41

Foi realizada a estatística **t-Student** para amostras emparelhadas de modo a medir as diferenças nos dois momentos em que os alunos foram avaliados (início do programa e fim do programa). Foi validado o único pressuposto exigido, a normalidade das variáveis através do recurso ao teorema do limite central ( $n>30$ ).

Observou-se um **decréscimo significativo** ( $t(221)=2.89$ ;  $p_{ud}=0.00$ ) entre a **Esperança** ( $M=4.13$ ;  $DP=0.92$ ) avaliada no **início** do programa e a **Esperança** avaliada no **fim** da intervenção ( $M=3.96$ ;  $DP=0.94$ ). As restantes variáveis estudadas não se revelam com significado estatístico na diferença de médias, apesar de se denotar um ligeiro decréscimo em todas as escalas.

## 6. Diferenças na Aliança de Trabalho: Antes, Durante e Após Intervenção

De modo a perceber se existiam alterações na Aliança de trabalho estabelecida entre estudantes e psicólogo em três momentos, antes, durante e após a intervenção começou-se por realizar uma **ANOVA** para amostras repetidas, por ser o teste mais robusto neste caso. No entanto, o pressuposto da homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene não foi validado. O **teste de MANOVA** considerou-se o mais adequado. Assegurados os pressupostos da normalidade, esfericidade e homogeneidade na matriz de variância-co-variância, os resultados não foram estatisticamente significativos, sendo que o *p-value* foi sempre superior a 0.05. Optou-se finalmente, por utilizar o teste **t-Student** para amostras emparelhadas para confirmar a significância de diferença de médias. Não houve diferenças significativas estatisticamente ao longo do tempo para a Aliança de Trabalho. No entanto, parece existir uma tendência para a média da Aliança (pré-teste) (M=4.08; DP=0.82) aumentar muito ligeiramente para a medição intermédia Aliança (teste intermédio) (M=4.09; DP=0.81) e decrescer no fim do programa com a medição da Aliança (pósteste) (M=3.98; DP=0.83).

## 7. Nível Ocupacional dos Pais e Género

Foi utilizada a estatística **t-student para amostras independentes**, isto é, vamos analisar cada uma das variáveis face ao Nível Ocupacional dos Pais e ao Género dos jovens.

### 7.1. Níveis Ocupacionais

Uma vez que a diversidade de categorias onde enquadrámos os pais face à profissão dificultava a análise estatística, na medida em que existiam muitas categorias e uma baixa frequência de respostas em cada uma delas, optou-se por agrupar as profissões em Diferenciadas (as profissões que implicavam uma licenciatura ou grau elevado de especialização) e Indiferenciadas (profissões técnicas e não especializadas que não implicavam grau de licenciatura).

**Quadro nº10** Médias e Desvio-padrão em função do nível ocupacional dos pais

	Diferenciados		Indiferenciados		t	df	p-value
	M	DP	M	DP			
Esperança	4.18	0.86	4.11	0.96	-0.39	210	0.35
préteste							
Satis Vida	5.32	0.98	4.99	1.16	-2.12	210	0.03
préteste							
Aliança	4.12	0.78	4.03	0.84	-0.84	210	0.40
préteste							
Qual Vida	4.04	0.38	3.88	0.50	-2.48	210	0.01
préteste							
Esperança	4.08	0.91	3.87	0.94	-1.57	201	0.11
posteste							
Satis Vida	5.29	1.15	4.80	1.26	-2.85	199	0.05
posteste							
Aliança	3.91	0.81	4.06	0.81	1.28	209	0.20
posteste							
Qual Vida	4.03	0.44	3.86	0.54	-2.26	201	0.02
posteste							
Satis Serviço	3.67	0.59	3.57	0.64	-1.15	197	0.24
posteste							

**Pai:** Não se verificaram diferenças significativas na avaliação das variáveis Aliança (préteste, teste intermédio e pós teste), Esperança (préteste e pós teste), Satisfação com a Vida (préteste e pós teste), Qualidade de Vida (préteste e pós teste) e Satisfação com o Serviço (pós teste) em função do nível ocupacional do pai.

**Mãe:** Verificaram-se diferenças significativas no que respeita ao nível ocupacional das mães, relativamente à **Satisfação com a Vida (préteste)** ( $t(210) = -2.12$ ;  $p=0.03$ ), demonstrando valores de Satisfação com a vida **superiores nas mães** com profissões **diferenciadas** ( $M=5.32$ ;  $DP=0.98$ ) comparativamente às mães com profissões indiferenciadas ( $M=4.99$ ;  $DP=1.16$ ); à **Satisfação com a Vida (pós teste)** ( $t(199) = -2.85$ ;  $p=0.05$ ), demonstrando valores de Satisfação com a vida **superiores nas mães** com profissões **diferenciadas** ( $M=5.29$ ;  $DP=1.15$ ) comparativamente às mães com profissões indiferenciadas ( $M=4.80$ ;  $DP=1.26$ ); à **Qualidade de Vida (préteste)** ( $t(210) = -2.48$ ;  $p=0.01$ ), demonstrando valores de Qualidade de vida **superiores nas mães** com profissões **diferenciadas** ( $M=4.04$ ;  $DP=0.38$ ) comparativamente às mães com profissões indiferenciadas ( $M=3.88$ ;  $DP=0.50$ ) e à **Qualidade de Vida (pós teste)** ( $t(201) = -2.26$ ;  $p=0.02$ ), demonstrando valores de Qualidade de vida **superiores nas mães** com profissões **diferenciadas** ( $M=4.03$ ;  $DP=0.44$ ) comparativamente às mães com profissões indiferenciadas ( $M=3.86$ ;  $DP=0.54$ ).



## 7.2. Gênero do Jovem

Quadro nº11 Médias e Desvio-padrão em função do gênero (rapazes e raparigas) do jovem

	Rapazes		Raparigas		t	df	p-value
	M	DP	M	DP			
Esperança préteste	4.32	0.94	3.97	0.89	-2.81	231	0.00
Satis Vida préteste	5.30	1.10	4.94	1.11	-2.46	231	0.01
Aliança préteste	4.02	0.84	4.08	0.84	0.45	231	0.65
Qual Vida préteste	4.16	0.38	3.80	0.43	-6.51	231	0.00
Esperança pós teste	4.14	1.00	3.83	0.88	-2.40	219	0.01
Satis Vida pós teste	5.15	1.22	4.88	1.24	-1.57	217	0.11
Aliança pós teste	3.86	0.93	4.06	0.74	1.74	230	0.08
Qual Vida pós teste	4.10	0.52	3.82	0.47	-4.11	219	0.00
Satis Serviço pós teste	3.56	0.70	3.60	0.56	0.57	215	0.56

Verificaram-se diferenças significativas no que respeita ao gênero dos participantes da amostra relativamente à **Esperança (préteste)** ( $t(231)=-2.81$ ;  $p=0.00$ ), demonstrando valores de Esperança **superiores nos rapazes** ( $M=4.32$ ;  $DP=0.94$ ) comparativamente às raparigas ( $M=3.97$ ;  $DP=0.89$ ); à **Esperança (pósteste)** ( $t(219)=-2.40$ ;  $p=0.01$ ), demonstrando valores de Esperança **superiores nos rapazes** ( $M=4.14$ ;  $DP=1.00$ ) comparativamente às raparigas ( $M=3.83$ ;  $DP=0.88$ ); à **Satisfação com a Vida (préteste)** ( $t(231)=-2.46$ ;  $p=0.01$ ), demonstrando valores de Satisfação com a Vida **superiores no gênero masculino** ( $M=5.30$ ;  $DP=1.10$ ) comparativamente ao gênero feminino ( $M=4.94$ ;  $DP=1.11$ ); à **Qualidade de Vida (préteste)** ( $t(231)=-6.51$ ;  $p=0.00$ ), demonstrando valores de Qualidade de vida **superiores no gênero masculino** ( $M=4.16$ ;  $DP=0.38$ ) comparativamente ao gênero feminino ( $M=3.80$ ;  $DP=0.43$ ) e à **Qualidade de Vida (pósteste)** ( $t(219)=-4.11$ ;  $p=0.00$ ), demonstrando valores de Qualidade de Vida **superiores no gênero masculino** ( $M=4.10$ ;  $DP=0.52$ ) comparativamente ao gênero feminino ( $M=3.82$ ;  $DP=0.47$ ).

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados encontrados serão discutidos tendo por base os objetivos do estudo, as questões de investigação, as hipóteses colocadas e a revisão de literatura.

A Escala de Aliança para Adolescentes revelou boa validade do teste. A estrutura fatorial não foi totalmente ao encontro da estrutura original (Shirk, Caporino & Karver, 2010) que define a existência de apenas um fator “o laço terapêutico”.

No presente estudo foram identificados dois fatores. O primeiro fator remete para a existência de vínculo colaborativo, tal como descrito na estrutura original. O segundo fator é referente aos itens que remetem para o inverso da existência de laço de trabalho, sendo direcionado para a dificuldade que o jovem demonstra em estabelecer uma relação de confiança. Ao analisar a fidelidade da escala, a consistência interna foi considerada elevada ( $\alpha=0.83$ ), indo ao encontro de Shirk, Caporino e Karver (2010) ( $\alpha = 0.86$ ).

A Escala de Esperança revelou validade adequada, tendo-se salientado a saturação dos itens num único fator, idêntica à estrutura original (Snyder, 1991). A consistência interna foi considerada elevada ( $\alpha=0.82$ ) indo ao encontro de Snyder (1997) ( $0.77 < \alpha < 0.86$ ).

A Escala de Satisfação com a Vida observou uma boa validade do teste. A estrutura fatorial foi totalmente ao encontro da estrutura original (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) que define a existência de apenas um fator “a Satisfação com a Vida”. A consistência interna foi considerada elevada ( $\alpha=0.81$ ) indo ao encontro de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) ( $\alpha = 0.86$ ). Mais tarde, Neto (1993) realiza uma adaptação da escala à população portuguesa e constata uma consistência interna adequada ( $\alpha = 0.78$ ).

No Questionário da Qualidade de Vida Pediátrico, Versão 4.0, não foi realizada análise da estrutura fatorial por não ser permitido por parte dos autores (Varni, Seid & Kurtin, 2001). A consistência interna foi considerada elevada ( $\alpha=0.85$ ) indo ao encontro de Varni, Seid e Kurtin (2001) ( $\alpha = 0.88$ ). Varni, Seid e Kurtin (2001) avaliaram também a consistência interna da escala que consideraram constituir a Saúde física ( $\alpha = 0.80$ ) e a Saúde Psicossocial ( $\alpha = 0.83$ ). O nosso estudo corrobora com valores aproximados às consistências internas dos autores ( $\alpha = 0.76$  e  $\alpha = 0.80$  respetivamente).

A Escala de Satisfação com o Serviço foi construída de modo a quantificar o grau de satisfação dos sujeitos face à intervenção psicológica. A satisfação com o serviço tem vindo a ser estudada no âmbito da psicologia educacional e clínica e crê-se que esteja

relacionada com a evidência de bem-estar psicológico e com níveis elevados de algumas variáveis psicológicas como a Esperança (Bickman & Athay, 2012; Hughes et al., 2010; Riemer et al., 2012). A estrutura fatorial indicou a existência de dois fatores: o fator um relaciona-se especificamente com a “Satisfação com a intervenção” (p.e. “A situação que me levou a procurar este programa está neste momento...”) e o fator dois remete para a “Auto-confiança” que, no pósintervenção, o jovem adquiriu para resolver problemas.

Ao analisar a fidelidade da escala, a consistência interna foi considerada elevada ( $\alpha=0.87$ ).

O item 9 foi analisado isoladamente, recorrendo à análise da frequência com que cada participante referencia cada opção de resposta, já que possui uma cotação diferenciada dos restantes (0 -3 pontos). A questão remete para “*Recomendavas este programa a um amigo?*” Maioritariamente, os participantes responderam que “sim”, seguindo-se os jovens que referem “em alguns casos” e por fim, uma minoria que responde “não”. A tendência de resposta espelha um grau de aceitação do programa, onde se pode inferir satisfação com o serviço e a convicção de que existe pertinência no facto dos pares terem conhecimento de um programa que os jovens consideram ir ao encontro dos seus interesses.

Quanto à questão de investigação colocada sobre a relação entre as variáveis, observam-se efetivamente, correlações significativas. Os resultados demonstram que a Esperança que o sujeito possui ao iniciar uma intervenção está relacionada com a Satisfação com a vida (quer avaliada no início, quer no fim da intervenção) e com a Qualidade de vida (avaliada no início). Isto é, se a primeira for elevada as restantes também serão. Sujeitos com maior Esperança refletem maior Satisfação com o serviço. Hughes e colaboradores (2010) reportam que jovens com menor Esperança manifestam menor Qualidade de Vida e menor Satisfação com os serviços.

Feldman e Snyder (2005) referem-se à Esperança como uma componente comum às teorias do significado da vida, assumindo que se relaciona inversamente com a depressão. Logo, se o jovem perceciona a sua vida com pouco significado, então a Esperança diminui, podendo emergir a depressão. Generalizando esta informação, podemos hipotetizar que uma Esperança elevada promove a Satisfação para a vida, agindo como fatores protetores de sintomatologia depressiva. Nesse sentido, Marques, Lopez e Pais-Ribeiro (2011) são congruentes com esta análise, concluindo que o aumento da Esperança se relaciona com uma maior satisfação com a vida, autoestima e melhorias em saúde mental e desempenho escolar.

Devido à importância da Esperança, Juntunen e Wettersten (2006) apelam para que numa etapa decisiva da vida do jovem, como o momento de tomada de decisão sobre a carreira, este seja avaliado quanto a este construto, já que irá influenciar a sua capacidade de tomada de decisão. Peterson e Byron (2008) reportam que indivíduos com níveis elevados de esperança têm maior capacidade de resolução de problemas e por conseguinte, melhor desempenho profissional.

A Satisfação com a Vida, avaliada no fim do programa de intervenção, relaciona-se com a Satisfação com o Serviço, o que parece indicar que sujeitos que se avaliam com maior Satisfação para com a vida, vão retirar mais partido do serviço fornecido, sentindo-se igualmente mais satisfeitos com este. A Satisfação com a Vida (pósteste) também se relaciona com a Qualidade de Vida (pósteste) indiciando que sujeitos mais satisfeitos com a vida são também os que se avaliam como tendo maior qualidade de vida. Pavot, Diener, Colvin e Sandvik (1991) vão ao encontro desta questão e referem que pessoas com mais satisfação com a vida são as que consideram ter saúde, riqueza e felicidade. Sabemos que pessoas com mais qualidade de vida, são mais felizes (Oishi, Diener & Lucas, 2007).

Nesta sequência, parece fazer sentido a Qualidade de vida no préteste relacionar-se com a Qualidade de vida no pósteste, sendo estável ao longo do tempo, tal como a Esperança evidenciou. A própria Qualidade de vida (préteste) relaciona-se com a Esperança e com a Satisfação de Vida, fazendo jus à informação descrita. A Satisfação de Vida (préteste) associa-se igualmente à Qualidade de Vida também avaliada no início da intervenção.

A relação da Satisfação de Vida (préteste) mantém-se estável no tempo, não sofrendo influência da intervenção, por isso relaciona-se com a Satisfação de Vida (pósteste). Bailey e Snyder (2007) indicam que pessoas com mais satisfação com a Vida possuem igualmente mais Esperança. Ruscio e colaboradores (2012) identificam a Esperança como variável mediadora da Satisfação com a Vida.

A Aliança de trabalho avaliada no início da intervenção relaciona-se com a Aliança de trabalho medida no meio e no fim do programa de intervenção. A Aliança medida a meio da intervenção também se relaciona com a Aliança avaliada no fim da intervenção.

Chiu, McLeod, Kim e Wood (2009) referem que melhorias na Aliança criança-psicólogo durante uma intervenção prediz melhores resultados no pósintervenção. Kazdin, Marciano e Whitley (2005) referem que quanto maior for a Aliança, maior será a mudança e maior a aceitação da intervenção por parte da criança. A presente

investigação fortalece esta ideia referindo a relação entre Aliança inicial e Satisfação com o serviço, sugerindo que se existir uma forte Aliança, a Satisfação com o Serviço também será uma garantia. Ou, caso não se estabeleça, dificilmente haverá Satisfação com o serviço fornecido. A Aliança no início da intervenção, relaciona-se com a Satisfação com a vida no fim da intervenção. Sabe-se que a Aliança jovem-psicólogo aumenta a autoestima e melhora os sintomas (Bickman et al., 2012; Hawley & Garland, 2008).

Quanto à questão de investigação que colocámos sobre a possibilidade de perceber quais as variáveis (Esperança, Satisfação com a vida e Aliança) que mais contribuem para a Qualidade de vida e para a Satisfação com o serviço, a análise dos dados evidencia a Satisfação de Vida (préteste) e a Esperança (préteste) como boa preditora da Qualidade de Vida que o Jovem possui ao iniciar a intervenção.

A Qualidade de vida (pósteste) é predita pela Satisfação de Vida e pela Esperança, medidas no fim da intervenção, o que se traduz no facto da Satisfação de vida influenciar a Qualidade de Vida e a Esperança do jovem, quer no início, quer após ser submetido a uma intervenção. Snyder (2002) e Snyder, Lopez, Shorey, Rand e Feldman (2003) referem que a Esperança tem diversas implicações, nomeadamente, na saúde física, desempenho académico e ajustamento psicológico. Como tal, podemos considerá-los como componentes da Qualidade de vida, o que vem reforçar a Esperança como um preditor da mesma. Snyder (2004) fortalece esta noção, descrevendo a Esperança como um preditor robusto do bem-estar. Não nos podemos esquecer que ao investigarmos os jovens, estamos a envolver necessariamente, o contexto escolar. Van Ryzin (2011) refere que uma ajustada perceção do ambiente escolar no que respeita ao desempenho académico também influi no conceito de Esperança que o jovem possui. Como tal, a Esperança pode ser também um indicador do desempenho escolar do jovem. Snyder (2002) é congruente com esta questão, referenciando a Esperança como preditora de desempenho académico. Assim, Diener, Kesebir e Lucas (2008) referem que tal como a Esperança, a Satisfação com a vida poderá ser um excelente indicador que sinalize as crianças que precisem de intervenção psicológica. Ruscio e colaboradores (2012) fomentam que as escolas promovam a Esperança dos alunos, já que a consideram como uma variável mediadora da Satisfação com a Vida.

Apesar de não corresponder às questões ou hipóteses de investigação, considerámos importante perceber quais os preditores da Aliança (pósteste). Constatámos que apenas a Aliança (préteste) estabelecida logo no início da intervenção, é preditora de resultados no pósteste, o que remete para a importância do estabelecimento da Aliança.

A relação que se estabelece no início vai ser assim, preditora da Aliança no fim da intervenção. Não devemos esquecer que a Aliança de trabalho é um dos melhores preditores de mudança (Green, 2006; Hardy, Cahill & Barkham, 2007; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). Neste sentido, existe uma forte relação entre Aliança e resultados positivos na mudança.

É descrito na literatura que o estabelecimento de uma Aliança positiva do adolescente com o terapeuta, tem impacto na diminuição de sintomatologias depressiva ou ansiosa (Hawley & Garland, 2008; Shirk, Gudmundsen, Kaplinski e Mc Makin, 2008). Shirk e Karver (2003) reúnem evidências de que existe uma relação consistente entre o estabelecimento da Aliança e os resultados da intervenção e sublinham ser transversal às diferentes abordagens terapêuticas, relacionando-se sobretudo com o envolvimento do jovem na intervenção e com as competências de empatia e escuta ativa do psicólogo (Karver et al., 2008; Shirk, Karver & Brown, 2011). Chiu, Mcleod, Har e Wood (2009) reportam que a Aliança positiva entre criança e psicólogo, numa fase inicial do processo de intervenção psicológica, prediz melhores resultados que são demonstrados pela redução de sintomas internalizantes e pela maior satisfação com a intervenção.

Torna-se interessante constatar que foi evidente um decréscimo de todas as médias das variáveis psicológicas avaliadas (Esperança, Satisfação com a vida, Aliança e Qualidade de Vida), sendo essa diferença, entre préteste e pós-teste, estatisticamente significativa apenas para a Esperança, o que nos faz infirmar a nossa hipótese de investigação que se apoiou na literatura e que coloca a hipótese do aumento destas variáveis (Diener, Kesebir & Lucas, 2008; Diener & Ryan, 2009; Green, 2006; Hardy, Cahill & Barkham, 2007; Shirk & Karver, 2003; Shirk, Karver & Brown, 2011). A literatura apoia o impacto da intervenção na potenciação destas variáveis, promovendo mudanças positivas pós-intervenção (Snyder, Ilardi, Michael e Cheavens, 2000). A hipótese da Aliança aumentar ao longo da intervenção também se infirma, apesar dos autores Chiu, McLeod, Kim e Wood, (2009) referirem que esta deverá ter tendência para aumentar ao longo do tempo. A Aliança do presente estudo diminui do início para o fim da intervenção. Contudo, denota um ligeiro aumento do momento inicial para a medição intermédia, diminuindo quando avaliada no fim da intervenção. Esse decréscimo pode resultar, na população estudada, pelo facto de não se tratar de população clínica, onde o contexto terapêutico de uma relação individual tem um maior impacto na relação jovem-terapeuta. Em contexto clínico, são reportados resultados de aumento da Aliança passadas cinco sessões de intervenção (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012).

De acordo com os nossos resultados, a Aliança que se forma no início da intervenção vai ser estável a ponto de predizer como esta será no fim da intervenção. Se não for positiva no início, também não será no fim e vice-versa. Shirk, Karver e Brown, (2011) abordam a importância de se desenvolver a aliança de trabalho assim que o relacionamento se inicia, porque é nesse momento que esta se estabelece.

Quanto às restantes variáveis (Esperança, Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida), a explicação para o decréscimo no pósintervenção encontra-se provavelmente, na conjuntura sociopolítica atual. Excluímos a Aliança desta interpretação já que Kazdin, Marciano e Whitley (2005) referem que esta não é influenciada por fatores económicos.

Existe uma ligação entre saúde psicológica e crise económica e financeira e nesse sentido, a comunidade científica preocupa-se com esta influência e/ou interferência. A recessão económica tem-se mostrado determinante nas perturbações psicológicas, nomeadamente, no aumento da Depressão, da Ansiedade e do Suicídio (Avcin, Kucina, Sarotar, Radovanove & Plesniscar 2011; Uutela, 2010).

Indo ao encontro de outros estudos, Harper e Jones (2011) e Tefft (2011), existem fatores como baixa autoestima e baixa tolerância à frustração que têm um importante contributo no modo do sujeito lidar com a crise. Acreditamos que os jovens, ao serem confrontados com a necessidade de tomada de decisão vocacional no fim do 9º ano de escolaridade, sendo este confronto de escolha, mais objetivamente abordado no programa de intervenção psicológica de orientação vocacional, fará com que, face às dificuldades económicas que enfrentamos, promova uma maior preocupação pelo inesperado futuro quanto às saídas profissionais, reportando por isso, valores mais baixos de Esperança, Satisfação com a vida e, consequentemente, Qualidade de Vida. As crianças e jovens (Harper & Jones, 2011) são afetadas em função da perceção que têm da crise influenciando o seu nível de bem-estar, já que a crise parece ter um impacto negativo nas relações interpessoais da criança e do jovem, fomentando sentimentos de incerteza na determinação das suas aspirações.

Harper, Jones, Pereznieta & Mckay (2011) referem que a criança e o jovem também se apercebem das preocupações dos pais, enquanto cuidadores (p.e., para terem trabalho e colmatarem as necessidades da criança). Assim, o efeito da crise financeira será determinante para o desenvolvimento da criança e do jovem. As cicatrizes de uma crise económica e financeira são marcantes e quanto maior e mais sentida for a crise, maior o seu impacto nas áreas social e emocional da criança. Neste caso, torna-se fundamental uma intervenção psicológica que promova o bem-estar (Gallo, 2009; Harper,

Jones, Perezniето & McKay, 2011; McGregor & Hossain, 2011; Sigurdson, Berger & Heymann, 2011). Nesta linha, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) publica um estudo com evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde e aborda claramente a conexão entre intervenção e melhoria de sintomas. A intervenção deverá ser não só para os adultos que vivenciam diretamente a crise, mas igualmente para as crianças e jovens que também são afetadas pela mesma “*the economic crisis is our children’s crisis too*” (cit. por, Fritz, 2009, pg. 8). O resultado dos pais em termos de *stress* emocional, consequência, por exemplo, da perda de emprego, provoca um ciclo de problemas a que se associa, muitas vezes como consequência, a depressão, a ansiedade e uma série de outros problemas que vão necessitar de intervenção psicológica, tornando-se importante a intervenção ser transversal aos diferentes membros da família, fornecendo sobretudo às crianças estratégias de *coping* face à crise “*may this economic crisis, difficult as it is, conserve a useful reminder*” (cit. por Fritz, 2009, p.8).

Na questão de investigação relativa à influência do género e nível ocupacional dos pais obtivemos os seguintes resultados:

(1) **Foram demonstradas diferenças significativas quanto ao género.** A Esperança, a Satisfação com a vida e a Qualidade de Vida, quer avaliadas no início da intervenção, quer no fim, demonstram ser **superiores no género masculino**. Talvez as raparigas, pelo facto de desenvolverem a maturidade mais cedo (Tavares & Alarcão, 2005) se tornem mais conscientes das dificuldades económicas e fiquem mais receosas quando confrontadas com essa tomada de decisão mediante o programa de orientação vocacional, decrescendo por isso, a Esperança, a Satisfação de vida e a Qualidade de Vida, por se confrontarem com a impossibilidade de realizarem alguns dos seus objetivos de vida (Tavares & Alarcão, 2005).

(2) **Foram demonstradas diferenças significativas quanto ao nível ocupacional das mães.** O nível ocupacional foi avaliado através da distinção entre nível ocupacional diferenciado e indiferenciado para o pai e a mãe. O pai não mostrou influência nas variáveis estudadas. No entanto, o facto das mães possuírem uma profissão diferenciada influenciou no nível de Satisfação com a Vida e na Qualidade de vida nos jovens. Assim, os participantes cujas mães eram diferenciadas, apresentaram índices de Satisfação de Vida e Qualidade de vida mais elevados. Inversamente, os jovens com as mães com profissões indiferenciadas apresentaram índices mais baixos. Santoro (2010) sugere que o envolvimento emocional das mães origina maior fortalecimento das competências emocionais das crianças e jovens, fornecendo encorajamento e maior



motivação para terminarem a escola. Tendo a mãe um nível profissional diferenciado, podemos especular que reforça o encorajamento com um exemplo de vida, que numa fase de maior indecisão com o futuro vocacional possa manifestar maior influência nos jovens, justificando os valores que obtivemos.

Otto (2000) refere que existe compatibilidade entre atitudes e comportamentos específicos no desenvolvimento vocacional que fazem transparecer os valores, aspirações e planos dos pais, participando a mãe com maior impacto neste processo, o que apoia mais uma vez os nossos dados. Segundo Otto (2000), a maioria dos jovens apoia-se na mãe, apesar de poder escolher uma panóplia de pessoas para o apoiar com os seus planos face à carreira. Os pais são também aliados no processo de desenvolvimento vocacional, sendo as mães o elemento com quem os jovens conversam mais seriamente sobre o processo de escolha da carreira, podendo demarcar-se, neste caso, o facto da mãe possuir um nível ocupacional diferenciado.

## CONCLUSÃO

*“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”* (cit. por Saramago, 1995, p.10)

O presente estudo, intitulado “A Mudança num grupo de Adolescentes: Avaliação de Processo e de Resultados”, levou-nos a investigar algumas variáveis psicológicas que se acredita serem fatores comuns, presentes nas diferentes abordagens teóricas durante o processo da intervenção psicológica. Estas variáveis, Esperança, Aliança de trabalho, Satisfação com a vida, Qualidade de vida e Satisfação com o serviço, parecem ser indicadores importantes na vida dos jovens (Diener, Kesebir & Lucas, 2008; Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005; Shirk, Karver & Brown, 2011; Snyder, Lopez, Shorey, Rand & Feldman, 2003). Nesse sentido, optámos por iniciar a conclusão com a frase supracitada de modo a sublinhar a importância de não olharmos apenas superficialmente para o que nos rodeia, e na área da Psicologia isso pode acontecer se atendermos apenas aos resultados de uma intervenção psicológica. Devemos então, “reparar”, micro analisando o que acontece no meio de um processo psicológico, pois este conhecimento trazer-nos-á informações mais pertinentes sobre as características do psicólogo, do cliente e da própria relação. Assim, analisando tanto o processo como os resultados, as conclusões gerais do estudo são as seguintes:

(1) De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados (TASA, CHS, SWLS, PedsQL™ e ESS) permitiu constatar que, de acordo com a estrutura fatorial e consistência interna que cada um evidenciou, se revelam adequados para administração numa população de jovens com características idênticas à do presente estudo.

(2) No que respeita à análise correlacional, foi evidente a existência de relações positivas entre as variáveis. A **Esperança (pré teste)** relaciona-se com a **Satisfação com a vida (pré teste e pósteste)**, com a **Esperança (pósteste)** e com a **Qualidade de vida (pré teste)**. A **Esperança (pósteste)** mostrou uma relação com a **Satisfação com a vida (pósteste)**, **Qualidade de vida (pósteste)** e **Satisfação com o Serviço (pósteste)**. A **Qualidade de vida (pré teste)** relacionou-se com a **Qualidade de Vida (pósteste)**, **Esperança (pósteste)** e **Satisfação com a vida (pósteste)**. A **Satisfação com a vida (préteste)** tem relação com a **Qualidade de vida (pré teste)**, com a **Satisfação de vida (pósteste)** e com a **Esperança (pósteste)**. Por sua vez, a **Satisfação de vida (pósteste)** relaciona-se com a **Satisfação com o Serviço (pósteste)** e **Qualidade de vida (pósteste)**.

A **Aliança (pré teste)** relaciona-se com a **Aliança (teste intermédio e pós teste)**, com a **Satisfação com a vida (pós teste)** e com a **Satisfação com o Serviço (pós teste)**. A **Aliança (teste intermédio)** está relacionada com a **Aliança (pós teste)** e **Satisfação com o Serviço (pós teste)**. Por fim, sobressai a **Aliança (pós teste)** com relação com a **Satisfação com a vida (pós teste)** e com a **Satisfação com o Serviço (pós teste)**.

(3) Foi possível prever quais as variáveis que mais contribuíram para a Qualidade de vida do jovem (antes e depois da intervenção) e para a Satisfação com o serviço fornecido. A **Qualidade de Vida (pré teste)** foi possível prever através da **Satisfação com a vida (pré teste)** e da **Esperança (pré teste)**. A **Qualidade de vida (pós teste)** foi predita através da **Satisfação com a vida (pré teste e pós teste)**. A **Satisfação com o serviço** foi possível prever através da **Aliança (pré teste e pós teste)**, da **Satisfação com a vida (pré teste e pós teste)** e da **Esperança (pós teste)**. Por fim, ainda foi avaliado quais as variáveis que mais influíram no estabelecimento da **Aliança (pós teste)** e foi identificada a **Aliança (pré teste)**.

(4) Foram observadas diferenças significativas para a Esperança, avaliada no início e no fim da avaliação, decrescendo o seu valor.

(5) O nível ocupacional da **mãe demonstrou diferenças** significativas quanto às variáveis **Satisfação com a vida (pré e pós teste)** e **Qualidade de vida (pré e pós teste)**. Jovens com mães com níveis ocupacionais diferenciados, manifestam valores mais elevados de Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida. O nível ocupacional do pai não evidenciou diferenças com significado estatístico.

(6) O género **masculino** demonstrou diferenças significativas quanto à **Esperança (pré teste e pós teste)**, à **Satisfação com a vida (pré teste)** e **Qualidade de Vida (pré e pós teste)**.

De um modo global, a presente investigação demonstra **implicações** significativas para o contexto clínico, educacional e de investigação, demonstrando a importância da Esperança, Satisfação com a Vida, Aliança de trabalho, Qualidade de Vida e Satisfação com o serviço na vida dos jovens que recorrem à intervenção psicológica. Whiston e Rahardja (2008) e Whiston, Tai, Rahardja e Eder (2011) fomentam a necessidade de se dar atenção e avaliar estas variáveis, já que se consideram indicadores de mudança, mesmo em programas específicos de Orientação Vocacional. Acreditamos que os

resultados espelham a conjuntura sociopolítica atual face às dificuldades financeiras e económicas que se vivenciam, tendo necessariamente, este enquadramento reflexo na saúde mental de inúmeras famílias, onde as crianças e jovens são elementos centrais, pelo que, consequentemente, se envolvem nesta problemática. O momento de tomada de decisão vocacional, com a escolha da área a seguir será, na atualidade, certamente ainda mais marcada por incertezas quanto ao futuro, daí a importância de termos consciência dos processos que os jovens vivenciam, percebendo as suas mudanças e sendo capazes (nós, psicólogos) de facultar intervenções cada vez mais ajustadas às necessidades da população que recorre aos nossos serviços.

Acreditamos que as **limitações do estudo** se prendam com o facto de estarmos a identificar apenas um tipo de intervenção psicológica e o facto desta ser realizada em contexto grupal. Por outro lado, a recolha da amostra foi realizada em colégios privados o que pode não representar adequadamente a população, por não ser tão heterógena.

No que concerne às investigações futuras, torna-se fundamental avaliar as mesmas variáveis num contexto escolar mais alargado socioculturalmente, de modo a comparar as diferenças. Seria igualmente interessante cruzar a informação recolhida através do jovem com múltiplos informantes como o psicólogo, os pais e o professor. Sugere-se também, a realização de um estudo desenvolvimentista aplicado às diferentes etapas da adolescência (inicial, intermédia e final). Por fim, parece igualmente interessante perceber como as variáveis psicológicas estudadas se comportam em população clínica e em intervenções individuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, R., Calapez, T., Melo, R., & Reis, E. (1997). *Estatística Aplicada* (vol.2). Lisboa: Edições Sílabo.

Andrews, F., & McKennell, A. (1983). Components of perceived life quality. *Journal of Community Psychology*, 11(2), 98-110.

Asay, T., & Lambert, M. (2010). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy. In M., Hubble, B., Duncan & M., Scott (Eds.), *The Heart and Soul of change: What works in Therapy* (pp. 23-49). Washington D. C.: APA.

Avcin, B., Kucina, A., Sarotar, B., Radovanovic, M., & Plesnicar, B. (2011). The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatria Danubina*, 23(1), 142-148.

Bailey, T. & Snyder, C. (2007). Satisfaction with Life and Hope: A Look at Age and Marital Status. *The Psychological Record*, 57(2), 233-240.

Bergsma, A., Poot, G., & Liefbroer, A. (2008). Happiness in the Garden of Epicurus. *Journal of Happiness Study*, 9, 397-423.

Bickman, L., & Athay, M., (2012). Development and Psychometric Evaluation of the Youth and Caregiver Service Satisfaction Scale. *Journal of Experiential Education*, 34 (2), 164-181.

Bickman, L., Vides de Andrade, A., Athay, M., Chen, J., Nadai, A., Jordan-Artur, B., Karver, M. (2012). The Relationship between Change in Therapeutic Alliance Ratings

and Improvement in youth Symptom Severity: Whose Ratings Matter the Most? *Administration Policy Mental Health*. Original Paper.

Bispo, R., & Maroco, J. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climpesi Editores.

Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260.

Brown, D., & Brooks, L., (1990). Introduction to Career Development: Origin, Evolution and Current Approches. In D., Brown & L., Brooks (Eds.), *Career Choice and Development* (pp. 1-12). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Brown, S., & Lent, R. (2005). *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*. U.S.: John Wiley & Sons Inc.

Campbell, L., Norcross, J., Vasquez, M. & Kaslow, N. (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness: The APA Resolution. *Psychoterapy*, 50 (1), 98-101.

Cardoso, P., Moreira J. (2009). Self-efficacy beliefs and the relation between career planning and perception of barriers. *International Journal Educational Vocational Guidance*, 9, 177–188.

Carlson, C., & Christenson, S. (2005). Evidence-Based Parent and Family Interventions in School Psychology: Overview and Procedures. *School Psychology Quarterly*, 20, (4) 345-351.

Celio, C., Durlak, J., & Dymnicki, A. (2011). A Meta-analysis of the Impact of Service-Learning on Students. *Journal of Experiential Education*, 34 (2), 164-181.

Chiu, A., McLeod, Kim, H., & Wood, J. (2009). Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 751-758.

Cohen, L. (1988). *Statistical Power Analysis for the behavioral Sciences*. N.J.: Erlbaum.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research Methods in Education*. New York: Routledge.

Covali, T., Bernaud, J., Di Fabio, A. (2011). *Process de Changement et Variabilité Individuelle au Cours des Consultations d'Orientation*. *Swiss Journal of Psychology*, 70 (3), 175-183.

Cowell, E., & Feeney, K., (2005). Theories of Change and Adoption of Innovations: The Evolving Evidence-Based Intervention and Practice Movement in School Psychology. *Psychology in the Schools*, Vol. 42(5), 475-494.

Dew-Reeves, S., Athay, M., & Kelley, S. (2012). Validation and use of the Children's Hope Scale- Revised: High Initial Youth Hope and Elevated Base Line Symptomatology Predict Poor Treatment Outcomes. *Administration Policy and Mental Health*. Original Paper.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., Emmons, R.; Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Diener, R., & Diener, E., (1996). Most People are Happy. *American Psychological Society*, 7 (3), 181-188.

Diener, E., Lucas, R., & Oishi, S. (2002). Subjective Well-being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. In C., Snyder & S., Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 463-73). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Diener, E., Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of Accounts of Well-Being for Societies and for Psychological Science. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 37-53.

Diener, E., & Ryan, E. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39 (4), 391-406.

Dooley, R., & Florell, D. (2006). Relative Levels of Hope and their Relationship with Academic and Psychological indicators among Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25 (2), 166-178.

Durlak, J. (1995). *School-based intervention Programs for Children and Adolescents*. USA: Sage Publications.

Durlak, J., Wells, A., Cotten, K., & Johnson, S. (1995). Analysis of Selected Methodological Issues in Child Psychotherapy Research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24 (2), 141-148.



Durlak, J. (2002), Evaluating Evidence-Based Interventions in School Psychology. *School Psychology Quarterly*, 17 (4), 475-482.

Durlak, J. (2011), The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta- Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82 (1), 405-432.

Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The Impact of Enhancing Student's Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82 (1), 405-432.

Eder, K., & Whiston, S. (2006). Does Psychotherapy Help Some Students? An Overview of Psychotherapy Outcome Research. *Professional School Counseling*, 9 (5), 337-343.

Feldman, D., & Snyder, C. (2005). Hope and The Meaningful life: Theoretical and Empirical Associations Between Goal-Directed Thinking and Life Meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (3), 401-421.

Fluckiger, C., Del Re, A., Wampold, B., Symonds, D., & Horvath, A. (2012). How Central is the Alliance in Psychotherapy? A multilevel longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1), 10-17.

Forman, S., Coding, R., Reddy, L., Sanetti, L., Shapiro, E., Gonzales, J., Rosenfield, S., & Stoiber, K. (2013). *School Psychology Quarterly*, 28 (2), 77-100.

Fritzpatrick, M., & Irannejad, S. (2008). Adolescent Rediness for Change and Working Alliance in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86, 438-445.

Fritz, K. (2009). The Effects of Economic Crises on Families Caring for Children: Understanding and Reducing Long-term Consequences. *Child & Adolescent Behavior Letter*, 6, 8-8.

Gallo, E. (2009). Helping Children Understand the Economic Crisis Without Scaring Them to Death. *Journal of Financial Planning*, 22 (4), 38-39.

Geldard, K., & Geldard D. (2004). *Counseling Adolescents*. London: Sage Publications.

---

Giotakos, O. (2010). Financial crisis and mental health. *Psychiatrike*, 21(3), 195-204.

Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance: a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (5), 425-435.

Guillon, V., Dosnon, O., & Esteve, M-D. (2004). Self-efficacy and behavioral intention: A mediational analysis of the effects of commitment on career counseling. *European Journal of Psychology of Education*, 19 (3), 315-332.

Guse, T., & Vermaak, Y. (2011). Hope, Psychosocial Well-Being and Socioeconomic Status Among a Group of South African Adolescents. *Journal of Psychology in Africa* 2011, 21(4), 527-534.

Hardy, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active Ingredients of the Therapeutic Relationship that promote client change. In P., Gilbert & R., Leahy, (Eds.), *The*

*therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 25-103). N.Y: Routledge.

Harper, C., Jones, N., Perezniето, P., & McKay, A. (2011). Promoting Children's Well-being: Policy Lessons from Past and Present Economic Crises. *Development Policy Review*, 29 (5), 621-641.

Harper, C., & Jones, N. (2011) Impacts of Economic Crises on Child Well-being. *Development Policy Review*, 29 (5), 511-526.

Hawley, K. & Weisz, J. (2005). Youth Versus Parent Working Alliance in Usual Clinical Care: Distinctive Associations With Retention, Satisfaction, and Treatment Outcome. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34 (1), 117-128.

Hawley, K., & Garland, A. (2008). Working Alliance in Adolescent Outpatient Therapy: Youth, Parent and Therapist Reports and Associations with Therapy Outcomes. *Child Youth Care Forum*, 37, 59-74.

Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo

Hughes, J., Clark, S., Wood, W., Camark, S., Cox, A., MacInnis, M., Warren, B. Handrahan, E., Broom, B. (2010). Youth Homelessness: The Relationships among Mental Health, Hope, and Service Satisfaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19 (4), 274-283.

Ingram, R., Hayes, A., & Scott, W. (2000) Empirically supported treatments: A critical analysis. In C., Snyder, R., Ingram, & R., Leahy, (Eds.), *Handbook of Psychological*

Change: Psychotherapy Processes & Practices for the 21st century (pp. 40-60). US: John Wiley & Sons.

Irving, L., Snyder, C., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P., Nelson, N. (2004). The Relationships between Hope and Outcomes at the Pretreatment, Beginning, and later Phases of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14 (4), 419–443.

Juntunen, C., & Wettersten, K. (2006). Work Hope: Development and Initial Validation of a Measure. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (1), 94–106.

Kazdin, A. (1993). Psychotherapy for Children and Adolescents: Current Progress and Future Research Directions. *American Psychologist*, 48 (6), 644-657.

Kazdin, A., & Weisz, J., (1998). Identifying and Developing Empirically Supported Child and Adolescent Treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 19-36.

Kazdin, A. (2001). Bridging the Enormous Gaps of Theory with Therapy Research and Practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (1), 59-66.

Kazdin, A. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (2), 53-59.

Kazdin, A. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology*, 14, 253-275.

Kazdin, A., & Nock, M., (2003). Delineating Mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1116-1129.

Kazdin, A. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. In M., Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 543-581). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Kazdin, A. (2005). Evidence-Based Assessment for Children and Adolescents: Issues in Measurement Development and Clinical Application. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (3), 548-555.

Kazdin, A., Marciano, P. & Whitley, M. (2005). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referral for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior. *Journal of Consulting and Child Psychology*, 73 (4), 726-730.

Kazdin, A., (2006). Implications for Identifying Evidence-Based Treatments. *American Psychologist*, 61 (1), 42-49.

Kazdin, A., Whitley, M., & Marciano, P. (2006). Child- Therapist and Parent-Therapist Alliance and Therapeutic Change in the Treatment of Child Referral for Oppositional, Aggressive, and Anti Social Behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 436-445.

Kazdin, A. (2009). Bridging Science and Practice to Improve Patient Care. *American Psychologist*, 64 (4), 276-279.

Kelley, S., Bickman, L., & Norwood E. (2010). Evidence-Based Treatments and Common Factors in Youth Psychotherapy. In B., Duncan, S., Miller, B., Wampold, & M., Hubble, (Eds.), *The Heart and Soul of change: Delivering what works in therapy* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 325-355). Washington D.C.: APA.

Kratochwill, T., & Stoiber, K. (2002). Evidence-Based Interventions in School Psychology: Conceptual Foundations of the *Procedural and Coding Manual* of Division 16 and the Society for the Study of School Psychology Task Force. *School Psychology Quarterly*, 17 (4), 341–389.

Kratochwill, T., & Shernoff, E. (2003). Evidence-Based Practice: Promoting Evidence-Based Interventions in School Psychology. *School Psychology Quarterly*, 18 (4), 389–408.

Kwan, S. (2010). Interrogating “Hope”- The Pastoral Theology of Hope and Positive Psychology. *International Journal of Play Therapy*, 14, 47-67.

Lambert, M., & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A., Bergin & S., Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy change* (pp. 143-189). New York:Wiley

Langer, D., McLeod, B., & Weisz, J. (2011). Do Treatment Manuals Undermine Youth-Therapist Alliance in Community Clinical Practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (4), 427-432.

Lent, R., Brown, S., & Larkin, K., (1986). Self-Efficacy in the Prediction of Academic Performance and Perceived Career Options. *Journal of Counseling Psychology*, 33 (3), 265-269.

Lent, R., & Savickas, M. (1994). *Convergence in Career development theories: Implications for Science and Practice*. USA: Consulting Psychologists Press.

Lewis, J. (2001). Career and Personal Counseling: Comparing Process and Outcome. *Journal of Employment Counseling*, 38, 82-98.

Lima, L., Guerra, M., & Lemos, M. (2008). Adaptação da escala genérica do Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida a uma população Portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 83-95.

Lopez, S., Snyder, C. & Pedrotti, J. (2003). Positive Psychological Assessment. In S., Lopez & C., Snyder (Eds.), *A Handbook of models and Measures* (pp. 91-106). Washington D.C.: APA.

Lopez, S., Rose, S., Robinson, C., Marques, S., & Pais- Ribeiro (2008). Measuring and Promoting Hope in Schoolchildren. In R., Gilman, S., Huebner & J., Furlong (Eds.), *Handbook of positive psychology in schools* (pp. 37-50). N.Y.: Routledge.

Los Reyes, A., & Kazdin, A., (2008). When the Evidence Says, “Yes”, “No”, and Maybe So”. *Association for Psychological*, 17 (1), 47-174.

Mahoney, M., & Patterson, K. (1992). Changing Theories of Change: Recent Developments in Counseling. In S., Brown & R., Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (pp. 665-687). U.S.: John Wiley & Sons, Inc.

Mahoney, M. (2000). Training future psychotherapists. In C., Snyder & R., Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes & Practices for the 21<sup>st</sup> century* (pp. 727-735). U.S.: John Wiley & Sons, Inc.

Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3<sup>a</sup> ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, S., Lopez, S., & Pais-Ribeiro (2011). Building hope for the future: A program to foster Strengths in Middle-School Students. *Journal of Happiness Studies*, 12, 139-152.

McGregor, J., & Hossain, N. (2011). A ‘Lost Generation’? Impacts of Complex Compound Crises on Children and Young People. *Development Policy Review*, 29 (5), 547-564.

Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento: O Melhor Para Cada Paciente*. Porto: Porto Editora.

Multon, K., Heppner, M., Gysbers, N., Zook, C., & Ellis-Kalton, C. (2001). The Client Psychological Distress: An Important Factor in Career Counseling. *The Career Development Quarterly*, 49, 324-335.

Multon, K., Ellis-Kalton, C., Heppner, M., & Gysbers, N. (2003). The relationship between counselor verbal response modes and working alliance in career counseling. *The Career Development Quarterly*, 51, 259-273.

Murphy, J. (2008). Common Factors of School-Based Change. In M., Hubble, B., Duncan & S., Miller (Eds.), *The Heart & Soul of Change* (pp. 361-383). Washington: APA.



Neto, F. (1993). Satisfaction with life scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22 (2), 125-134.

Niles, S., Yoon, H., Balm, E., & Amundson, N. (2010). Using A Hope-Centered Model Of Career Development in Challenging Times. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal* 4 (34), 101-108.

Niles, S. (2011). Career flow: a hope-centered model of career development. *Journal of employment counseling*, 48,173-175.

Norcross, J., Klonsky, E., & Tropicano, H., (2008). The Research-Practice Gap: Clinical Scientists and Independent Practitioners Speak. *The Clinical Psychologist*, 61 (3), 14-17.

Norcross, J., & Lambert, M. (2011). Psychotherapy Relationships That Work II. *Psychotherapy*, 48 (1), 4-8.

Norcross, J., & Wampold, B., (2011). Evidence- Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48 (1), 98-102.

Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. (2007). The Optimum Level of Well-Being Can People Be Too Happy? *Association for Psychological Science*, 2 (4), 346-360.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Evidência Científica sobre Custo-Efetividade de Intervenções Psicológicas em Cuidados de Saúde. Lisboa: OPP.

Otto, L. (2000). Youth Perspectives on Parental Career Influence. *Journal of Career Development*, 27, (2), 11-118.

Pallant, J. (2002). *SPSS Survival Manual*. Sydney: Allen & Unwin.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, R., & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57 (1), 149-161.

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.

Pereira, A. (2011). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peterson, S., & Byron, K. (2008). Exploring the Role of Hope in Job Performance: Results from Four Studies. *Journal of Organizational Behavior*, 29 (2), 785-1803.

Powers, B., & Bowen, N (2011). Supporting Evidence-based Practice in Schools with an Online Database of Best Practices. *Children & Schools*, 33 (2), 119-128.

Riemer, M., Athay, M., Bickman, L., Breda, C., Kelley, S., Vides de Andrade, A. (2012). The Peabody Treatment Progress Battery: History and Methods for Developing a Comprehensive Measurement Battery for Youth Mental Health. *Administration Policy Mental Health*. Original Paper.

Ruscio, D., Bono, G, Youssef, A., Muller, M., Harris, C., & Lomas, T. (2012). *Gratitude and Life Satisfaction in Youth*. Paper presented at American Psychological Association, Orlando.

Russel, R., Stephen, S., & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research*, 18 (1), 15-27.

Sá, I. (2005). Características da Terapia com Crianças e Adolescentes: Implicações para a Prática Clínica. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 5-18.

Sá, I. (2006). A Investigação da eficácia da psicoterapia com crianças e jovens: da investigação de resultados aos processos de mudança. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 1, (21), 89-110.

Santoro, N. (2010) 'If it weren't for my mum...': The influence of Australian Indigenous mothers on their children's aspirations to teach. *Gender and Education*, 22 (4), 419–429.

Santos, E., Fernandes, M. & Feliz, J. (1973). *Classificação de Níveis ocupacionais-1ª parte*. Ed. Fundo de Desenvolvimento da Mão de Obra, Ministério das Corporações e Segurança Social.

Saramago, J. (1995) Ensaio sobre a Cegueira. Alfragide: Editorial Caminho.

Savickas, M., (2003). Advancing the Career Counseling Profession: Objectives and Strategies for the next decade. *The Career Development Quarterly*, 52, 87-96.

Shirk & Karver (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 452-464.

Shirk, S., Gudmundsen, G., Kaplinski, C., McMakin, D. (2008). Alliance and Outcome in Cognitive- Behavioral Therapy for Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (3), 631-639.

Shirk, S., Caporino, N., & Karver, M. (2010). The Alliance in Adolescent Therapy: Conceptual, Operational, and Predictive Issues. In Castro-Blanco, D., Karver, M., (Eds.), *Elusive Alliance: Treatment Engagement Strategies with High-Risk Adolescents* (pp. 59-93). Washington D. C.: APA.

Shirk, S., Karver, M., & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17-24.

Sigurdson, P., Berger, S., & Heymann, J. (2011). The Effects of Economic Crises on Families Caring for Children: Understanding and Reducing Long-term Consequences. *Development Policy Review*, 29 (5), 547–564.

Snyder, C. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and social Psychology*, 60 (4), 570-585.

Snyder, C. (1995). Conceptualizing, Measuring and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-359.

Snyder, C. (1997). The Development and Validation of the Children's Hope Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (3), 399-421.

Snyder, C., Cheavens, M., & Sympson, J. (1997). Hope as Psychotherapeutic Foundation of Common Factors, Placebos and Expectancies. In A., Hubble, L., Duncan & S., Miller, (Eds.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (pp. 179-200). Washington D. C.: APA.

Snyder, C., Cook, D., Rapoff, W., & Michael, A. (1997). *Hope for the journey: Helping children through good times and bad*. U.S.: Boulder CO.

Snyder, C., Ilardi, S., Michael, S., & Cheavens, J. (2000). Hope Theory: Updating a Common Process for Psychological Change. In C., Snyder & R., Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change* (pp. 128-151). U.S.: John Wiley & Sons.

Snyder, C. (2002). Hope Theory: Rainbows in Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.

Snyder, C., Lopez, S., Shorey, H., Rand, K., & Felman, D. (2003). Hope Theory, Measurements, and Applications to School Psychology. *School Psychology Quarterly*, 18 (2), 122-139.

Snyder (2004). Hope and the Other Strengths: Lessons From Animal Farm. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 624-627.

Stoiber, K., & Kratochwill, T., (2001). Evidence-Based Intervention Programs: Rethinking, Refining, and Renaming the Standin Section of School Psychology Quarterly. *School Psychology Quarterly*, 16 (1), 1-8.

Stoiber, K. (2002). Revisiting Efforts on Constructing a Knowledge Base of Evidence-Based Intervention Within School Psychology. *School Psychology Quarterly*, 17, (4), 533–546.

Stoiber, K. (2011). Translating Knowledge of Social-Emotional Learning and Evidence-Based Practice Into Responsive School Innovations. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 21, 46–55

Swanson, J., & Parcover J. (1998). Anual Review: Practice and Research in Career Counseling and Development 1997. *The Career development Quarterly* (47) 98-134.

Tavares, J. & Alarcão, I. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Tefft, N. (2011). Insights on unemployment, unemployment insurance, and mental health. *Journal Health Economy*, 30 (2), 258-64.

Utela, A (2010). Economic crisis and mental health. *Journal of Current Opinion Psychiatry*, 23, 127–130.

Van Ryzin, M. (2011). Protective Factors at School: Reciprocal Effects Among Adolescents' Perceptions of the School Environment, Engagement in Learning, and Hope. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 1568-1580.

Varni, J., Seid, M., & Kurtin, T. (2001). The PedsQL, 4.0: Reliability, and Validity of the Pediatric Quality of life inventory version 4.0 generic core scales in healthy na patient population. *Medical Care*, 39 (8), 800-812.

Varni, J., Newman, D., & Limbers, C. (2008). Factorial Invariance of Child Self- Reporta cross Age Subgroups: A Confirmatory Factor Analysis of ages 5 to 16 years utilizing the PedsQl 4.0 Generic Core Scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (6), 630-639.

Weisz, J., & Weiss, B. (1993). *Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents*. USA: Sage Publications.

Weisz, J., Sandler, I., Durlak, J., & Anton, B. (2005). Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment American Psychological Association, 60 (6), 628–648.

Whiston, S. (2002). Response to the Past, Present, and Future of School Counseling: Raising Some Issues. *Professional School Counseling*, 5 (3), 148-155.

Whiston, S. (2003). Career Counseling: 90 Years Old Yet Still Healthy and Vital. *The Career Development Quarterly*, 52, 35-42.

Whiston, S., & Oliver, L. (2005). Career Counseling Process and Outcome. In W., Walsh & M., Savickas (Eds.), *Handbook of Vocational Psychology* (155-187). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Whiston, S. (2008). Development and Initial Investigation of the Scholl Counseling Program Evaluation Scale. *Professional School Counseling, 11* (4), 253-259.

Whiston, S., & Rahardja, D. (2008). Vocational Counseling Process and Outcome. In S., Brown & R., Lent (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (444-461). USA: John Wiley & Sons, Inc.

Whiston, S., Tai, W., Rahardja, D. & Eder, K. (2011). School Counseling Outcome: A Meta-analytic Examination of Interventions. *Journal of Counseling & Development, 89*, 37-55.



## **ANEXOS**





# **ANEXOS**

## **ANEXO A (Instrumentos)**

## **Anexo B (RAPI e MIME)**

## **Anexo C (Cartas à Escolas)**

## **Anexo D (Cartas aos Pais)**



## **Anexo E (Estatística)**

**Quadro 1:** Valor KMO e Bartlett da escala TASA

Kaiser-Meyer-Olkin	0,83	
Teste da Esfericidade de Bartlett	Qui-Quadrado	1041,3
	Graus de Liberdade	66
	p-value	0,00

**Quadro 2:** Itens da escala TASA (Média, Desvio Padrão)

Item	M	DP
1. "Sinto que o meu (minha) psicólogo(a) está do meu lado e me tenta ajudar."	4.87	1.22
2. "Sinto-me pouco à vontade a falar sobre o que penso e sinto com o (a) meu (minha) Psicólogo (a)"	3.85	1.42
3. "Acho difícil confiar no(a) meu (minha) psicólogo (a)".	4.61	1.30
4. "Utilizo o tempo que passo com o meu (minha) psicólogo (a) para mudar os meus pensamentos e comportamentos".	3.38	1.60
5. "Sinto que posso contar com o (a) meu (minha) psicólogo (a)".	4.46	1.35
6. "Acho difícil trabalhar com o (a) meu (minha) psicólogo (a) coisas que me perturbam".	3.91	1.42
7. "O (a) meu (minha) psicólogo (a) compreende realmente aquilo que me incomoda e perturba".	3.72	1.42
8. "O (a) meu (minha) psicólogo (a) e eu descobrimos uma boa forma de trabalhar as minhas emoções de tristeza ou zanga".	3.00	1.57
9. "Não recebo muito apoio do (a) meu (minha) psicólogo (a)".	4.41	1.49
10. "O (a) meu (minha) psicólogo (a) e eu trabalhamos bem em conjunto sobre coisas que me incomodam ou perturbam".	3.65	1.47
11. "Quando estou com o(a) meu (minha) psicólogo (a) desejo que a sessão acabe depressa".	4.32	1.45
12. "Eu preferia não ter de trabalhar sobre os meus problemas e preocupações com o (a) meu psicólogo (a)".	5.00	1.44

**Quadro 3:** Valor KMO e Bartlett da escala CHS

Kaiser-Meyer-Olkin	0,85	
Teste da Esfericidade de Bartlett	Qui-Quadrado	472,596
	Graus de Liberdade	15
	p-value	0,00

**Quadro 4:** Itens da escala CHS (Média, Desvio Padrão)

Item	M	DP
1. "Eu penso que me estou a sair bastante bem"	3.8	1.15
2. "Eu consigo pensar em várias formas de obter as coisas que são importantes para mim"	4.5	1.09
3. "Eu estou-me a sair tão bem como as outras pessoas da minha idade"	4.2	1.32
4. "Quando tenho um problema consigo arranjar várias formas de o resolver"	4.2	1.24
5. "Eu penso que as coisas que fiz no passado me vão ajudar no futuro".	4.1	1.50
6. Mesmo quando os outros querem desistir eu sei que consigo encontrar formas de resolver o problema"	4.2	1.24

**Quadro 5:** Valor KMO e Bartlett da Escala SWLS

Kaiser-Meyer-Olkin	0,84	
Teste da Esfericidade de Bartlett	Qui-Quadrado	373,65
	Graus de Liberdade	10
	p-value	0,00

**Quadro 6:** Itens da escala SWLS (Média, Desvio Padrão)

Item	M	DP
1. "Em muitos aspetos a minha vida aproxima-se dos meus ideais".	4.98	1.33
2. "As minhas condições de vida são excelentes"	5.60	1.32
3. "Estou satisfeito (a) com a minha vida"	5.61	1.36
4. "Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida".	5.18	1.35
5. "Se pudesse viver a minha vida de novo não alteraria praticamente nada".	4.20	1.98

**Quadro 7:** Valor KMO e Bartlett da Escala PedsQL

Kaiser-Meyer-Olkin		0,83
Teste da Esfericidade de Bartlett	Qui-Quadrado	1900,22
	Graus de Liberdade	253
	p-value	0,00

**Quadro 8:** Valor KMO e Bartlett da Escala ESS

Kaiser-Meyer-Olkin		0,85
Teste da Esfericidade de Bartlett	Qui-Quadrado	978,18
	Graus de Liberdade	45
	p-value	0,00

**Quadro 9:** Itens da escala ESS (Média, Desvio Padrão)

Item	M	DP
1. "A situação que me levou a procurar este programa está neste momento"	3.64	0.81
2. "As dúvidas que tinha e que foram tratadas ao longo deste programa estão"	3.66	0.88
3. "As dúvidas que tinha e que não foram tratadas ao longo deste programa estão"	3.38	0.98
4. "Em relação aos meus progressos sinto-me"	3.70	0.94
5. "Em relação à preocupação e interesse do (a) meu psicólogo (a) para com os meus problemas fiquei"	3.64	0.92
6. Mesmo quando os outros querem desistir eu sei que consigo encontrar formas de resolver o problema"	3.46	0.76
7. "Neste momento a minha expectativa do resultado desta intervenção é".	3.58	0.81
8. "Acho que esta forma de tratar as dúvidas vocacionais, usando este tipo de programa é"	3.68	0.86
10. "Qual o teu grau de confiança para resolveres as tuas dúvidas vocacionais, atualmente por ti só (sem ajuda do psicólogo)".	3.52	0.91
11. "Qual o teu grau de confiança para resolveres as tuas dúvidas vocacionais, no futuro por ti só (sem ajuda do psicólogo)".	3.51	0.94

## INSTRUÇÕES

Vimos convidar-te a participar numa investigação que se insere no âmbito do Mestrado em Psicologia na secção de Psicologia da Educação da Universidade de Lisboa.

Os questionários que se seguem visam conhecer as características dos jovens que estão inscritos nos programas de Orientação Vocacional. O preenchimento dos questionários demora cerca de 15 minutos e a tua participação é voluntária.

Queremos assegurar-te que os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão utilizados apenas para o presente estudo. Neste sentido, será importante preencheres um quadrado (que se encontra no canto superior da próxima página) e colocares a tua “data de código”. Esta data deverá ser a data de aniversário da tua mãe, para que não te esqueças.

Não existem respostas certas nem erradas e é muito importante que leias atentamente o cabeçalho de cada questionário e respondas a todas as perguntas.

Obrigada pela colaboração.



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

CÓDIGO: \_\_DD/\_\_MM/\_\_AA

(Data de aniversário da mãe)

### DADOS DEMOGRÁFICOS

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Profissão do pai: \_\_\_\_\_

Profissão da mãe: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

## EATA-FP

Código: \_\_\_\_\_

As frases seguintes referem-se à tua visão sobre o programa de orientação vocacional neste momento. Por favor, classifica cada afirmação de acordo com o grau em que sentes que ela corresponde ou não à verdade no teu caso.

	Totalmente Falso	Bastante Falso	Um pouco Falso	Um pouco Verdade	Bastante Verdade	Totalmente Verdade
1.Sinto que o meu (minha) psicólogo(a) está do meu lado e me tenta ajudar.	1	2	3	4	5	6
2.Sinto-me pouco à vontade a falar sobre o que penso e sinto com o(a) meu (minha) Psicólogo(a).	1	2	3	4	5	6
3.Acho difícil confiar no(a) meu (minha) Psicólogo(a).	1	2	3	4	5	6
4.Utilizo o tempo que passo com o(a) meu (minha) psicólogo (a) para mudar os meus pensamentos e comportamentos.	1	2	3	4	5	6
5.Sinto que posso contar com o(a) meu (minha) Psicólogo(a).	1	2	3	4	5	6
6.Acho difícil trabalhar com o(a) meu (minha) psicólogo(a) coisas que me incomodam ou perturbam.	1	2	3	4	5	6
7.O(A) meu (minha) psicólogo(a) compreende realmente aquilo que me incomoda ou perturba.	1	2	3	4	5	6
8. O(A) meu (minha) psicólogo(a) e eu descobrimos uma boa forma de trabalhar as minhas emoções de tristeza ou zanga.	1	2	3	4	5	6

	Totalmente Falso	Bastante Falso	Um pouco Falso	Um pouco Verdade	Bastante Verdade	Totalmente Verdade
9. Não recebo muito apoio do(a) meu (minha) psicólogo(a).	1	2	3	4	5	6
10. O (A) meu (minha) psicólogo(a) e eu trabalhamos bem em conjunto sobre coisas que me incomodam ou perturbam.	1	2	3	4	5	6
11. Quando estou com o(a) meu (minha) psicólogo(a) desejo que a sessão acabe depressa.	1	2	3	4	5	6
12. Eu preferia não ter de trabalhar sobre os meus problemas e preocupações com o(a) meu psicólogo(a).	1	2	3	4	5	6

## QUESTÕES SOBRE OS TEUS OBJETIVOS

As seis frases seguintes descrevem a forma como as pessoas pensam acerca de si próprias e como fazem as coisas. Lê cada frase com atenção. Para cada frase, por favor pensa como és na maioria das situações. Faz uma cruz no quadrado que melhor te descreve. Por exemplo, faz uma cruz no quadrado por cima de “nunca” se isto descreve como tu és. Ou se és assim “sempre”, faz uma cruz neste quadrado. Responde a todas as questões colocando uma cruz num dos quadrados. Não existem respostas certas nem erradas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	A maioria das vezes	Sempre
1. Eu penso que me estou a sair bastante bem.	1	2	3	4	5	6
2. Eu consigo pensar em várias formas de obter as coisas que são importantes para mim.	1	2	3	4	5	6
3. Eu estou-me a sair tão bem como as outras pessoas da minha idade.	1	2	3	4	5	6
4. Quando tenho um problema consigo arranjar várias formas de o resolver.	1	2	3	4	5	6
5. Eu penso que as coisas que fiz no passado me vão ajudar no futuro.	1	2	3	4	5	6
6. Mesmo quando outros querem desistir, eu sei que consigo encontrar formas de resolver o problema.	1	2	3	4	5	6



## PedsQL™

### Questionário da Qualidade de Vida Pediátrico

#### Relatório para Adolescentes (idades 13-18)

Versão 4.0 – Português

Segue-se uma lista de actividades que podem ser um problema para ti. Por favor diz-nos, até que ponto cada uma delas, foi para ti, **um problema durante o ÚLTIMO MÊS**, fazendo uma cruz no número apropriado. Não há respostas certas ou erradas. Se não perceberes uma pergunta, por favor, pede ajuda.

<b>SOBRE A MINHA SAÚDE E ATIVIDADE (problemas com...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Quase Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>
1.É difícil para mim andar mais de um quarteirão	1	2	3	4	5
2.É difícil para mim correr.	1	2	3	4	5
3.É difícil para mim fazer actividades desportivas ou exercício.	1	2	3	4	5
4.É difícil para mim levantar uma coisa pesada.	1	2	3	4	5
5.É difícil para mim tomar banho ou duche sozinho(a).	1	2	3	4	5
6.É difícil para mim fazer tarefas domésticas.	1	2	3	4	5
7. Magoo-me ou sinto dores no corpo.	1	2	3	4	5
8. Sinto-me com poucas forças.	1	2	3	4	5



<b>SOBRE OS MEUS SENTIMENTOS (problemas com...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Quase Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>
1.Sinto-me com medo ou assustado(a).	1	2	3	4	5
2.Sinto-me triste.	1	2	3	4	5
3.Sinto-me zangado(a).	1	2	3	4	5
4.Tenho dificuldades em dormir.	1	2	3	4	5
5.Preocupo-me com o que me irá acontecer.	1	2	3	4	5

<b>COMO LIDO COM OS OUTROS (problemas com...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Quase Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>
1.Tenho dificuldade em dar-me bem com os outros adolescentes.	1	2	3	4	5
2.Os outros adolescentes não querem ser meus amigos.	1	2	3	4	5
3.Os outros adolescentes fazem troça de mim.	1	2	3	4	5
4.Não consigo fazer o que os outros adolescentes fazem.	1	2	3	4	5
5.É difícil para mim manter-me a par dos meus companheiros.	1	2	3	4	5



<b>SOBRE A ESCOLA (problemas com...)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Quase Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>
1.É difícil para mim prestar atenção na aula.	1	2	3	4	5
2.Esqueço coisas.	1	2	3	4	5
3. Tenho dificuldade em acabar o meu trabalho escolar.	1	2	3	4	5
4. Falto à escola por não me sentir bem.	1	2	3	4	5
5.Falto à escola para ir ao médico ou ao hospital.	1	2	3	4	5

CONFIDENCIAL

## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

A seguir estão cinco afirmações com as quais podes concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 até 7 em baixo, indica o teu grau de acordo com cada item colocando uma cruz no número apropriado. Por favor, sê sincero e honesto com a tua resposta.

	Fortemente em desacordo	Desacordo	Levemente em desacordo	Nem de acordo nem em desacordo	Levemente de acordo	Acordo	Fortemente de Acordo
1. Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais.	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada.	1	2	3	4	5	6	7

## SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO

Este Questionário faz parte da avaliação das características do programa que estás a realizar. É importante que respondas tão sinceramente quanto possível. A informação obtida ajudar-nos-á a melhorar os programas destinados aos jovens. A tua cooperação será grandemente apreciada. Deste modo, faz um círculo à volta da resposta que melhor expressa a tua opinião.

	Consideravelmente agravada	Agravada	No mesmo estado	Melhor	Francamente Melhor
1.A situação que me levou a procurar este programa está neste momento:	1	2	3	4	5
2.As dúvidas que tinha e que foram tratadas ao longo deste programa estão:	1	2	3	4	5
3.As dúvidas que tinha e que <b>não foram</b> tratadas neste programa estão:	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Muito Satisfeito
4.Em relação aos meus progressos sinto-me:	1	2	3	4	5
5. Em relação à preocupação e interesse do Psicólogo(a) para com os meus problemas fiquei:	1	2	3	4	5

	Prejudicou Muito	Prejudicou	Não prejudicou Nem ajudou	Ajudou	Ajudou Muito
6.Em que grau a intervenção realizada ajudou-me noutros aspectos pessoais ou familiares gerais, não diretamente relacionados com as minhas dúvidas vocacionais.	1	2	3	4	5

	Muito Negativa	Negativa	Neutra	Positiva	Muito Positiva
7. Neste momento a minha expectativa do resultado desta intervenção é:	1	2	3	4	5
8. Acho que esta forma de tratar as dúvidas vocacionais, usando este tipo de programa é:	1	2	3	4	5

	Não	Em alguns casos	Sim
9. Recomendavas um programa de orientação vocacional a amigos?	1	2	3

	Muito Pequeno	Pequeno	Médio	Grande	Muito Grande
10. Qual o teu grau de confiança para resolveres as tuas dúvidas vocacionais, <b>atualmente</b> , por ti só (sem a ajuda do psicólogo).	1	2	3	4	5
11. Qual o teu grau de confiança para resolveres as tuas dúvidas vocacionais, <b>no futuro</b> , por ti só (sem a ajuda do psicólogo).	1	2	3	4	5



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Exmo. Sr. Encarregado(a) de Educação,

Vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando num projeto de Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia na secção de Educação e Orientação da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A presente investigação tem como objetivo conhecer as características dos alunos que recorrem ao **Programa de Orientação Vocacional**, no que respeita aos seus objetivos, qualidade de vida, relação de ajuda e satisfação para com a participação num programa de Orientação Vocacional. A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários por parte dos alunos, que não excede os 15 minutos. A participação será necessária em três momentos. No início da intervenção (p. ex. 4ª sessão), numa sessão intermédia (p. ex. 7ª sessão) e na última sessão do programa (p. ex. 10ª sessão).

O anonimato alunos participantes será garantido, bem como a confidencialidade sobre a identificação da escola e dos dados dados recolhidos. Apenas a orientadora da investigação, Professora Doutora Isabel Sá, e a aluna de Mestrado Joana Marafuz terão acesso à informação obtida.

Disponibilizamo-nos, desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel: 969 189 331 (Joana Marafuz)

Email: Joanamarafuz@gmail.com

Agradecemos a sua colaboração.

A Aluna de Mestrado,

Joana Marafuz



Eu, (nome do Enc. De Educ.) \_\_\_\_\_ aceito a colaboração do meu Educando (nome) \_\_\_\_\_ na investigação acima descrita e compreendo o carácter voluntário da participação.

O Encarregado de Educação,

\_\_\_\_\_



Faculdade de Psicologia  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

Exmo. Sr. Diretor/Presidente do Conselho Executivo

Venho por este meio solicitar a colaboração do Serviço de Psicologia e Orientação (SPO) da sua escola num projeto de Investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia na secção de Educação e Orientação da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A presente investigação tem como objetivo conhecer as características dos alunos que recorrem ao **Programa de Orientação Vocacional**, no que respeita aos seus objetivos, qualidade de vida, relação de ajuda e satisfação para com a participação num programa de Orientação Vocacional. A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários por parte dos alunos, que não excede os 15 minutos. A participação será necessária em três momentos. No início da intervenção (p. ex. 4ª sessão), numa sessão intermédia (p. ex. 7ª sessão) e na última sessão do programa (p. ex. 10ª sessão).

O anonimato dos alunos participantes será garantido, bem como a confidencialidade sobre a identificação da escola e dos dados recolhidos. A informação será apenas analisada pela orientadora da investigação, Doutora Isabel Sá, e pela aluna de Mestrado Joana Marafuz.

Disponibilizamo-nos, desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel: 969 189 331 (Joana Marafuz)

Email: Joanamarafuz@gmail.com

Agradecemos a colaboração.

A Aluna de Mestrado,

Joana Marafuz



### **1. Título do Projeto:**

Da Psicoterapia à Orientação Vocacional: A avaliação do processo e dos resultados.

### **2. Identificação do Orientador:**

Professora Doutora Maria Isabel Real Fernandes de Sá

**Contato:** [misa@fp.ul.pt](mailto:misa@fp.ul.pt)

### **Morada:**

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa:

Alameda da Universidade

1649-013 Lisboa

### **3. Identificação do Orientando:**

Joana Maria Freitas de Oliveira Marafuz da Cunha Bandeira

### **Contacto:**

[joanamarafuz@gmail.com](mailto:joanamarafuz@gmail.com) Tel.: 969 189 331

### **4. Problema de Investigação:**

A investigação sugere a eficácia das intervenções psicoterapêuticas aplicadas a diferentes contextos e perturbações (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Neste domínio de investigação destaca-se o paradigma dos fatores comuns postulando a existência de diferentes fatores (características do cliente, características do psicólogo e características da relação terapêutica) que intervêm e contribuem para a eficácia das diversas intervenções. Os investigadores corroboram quanto ao papel ativo destes ingredientes na promoção da mudança terapêutica, cerca de 30% (Beutler et al., 2005; Kelley, Bickman & Norwood, 2010; Asay & Lambert, 2008). A exploração destes fatores com crianças e jovens é um alvo recente de estudo (Karver et al., 2008; Kazdin, 2004; Sá, 2005; Sá, 2006; Shirk, Karver & Brown, 2011) assim como o paralelismo que se tem estabelecido entre as variáveis do processo psicoterapêutico e as variáveis intervenientes no processo de

Aconselhamento Vocacional (Whiston & Rahardja, 2008). Deste modo, a presente investigação pretende estudar as características (enquanto variáveis intervenientes no processo de aconselhamento) dos alunos que recorrem a programas de Orientação Vocacional.

#### **4.1. Relevância do Problema de Investigação:**

Recentemente a investigação centrou-se no estudo da complexidade do processo de aconselhamento vocacional de modo a tornar-se possível aceder aos fatores que conduzem à eficácia dos resultados, começando-se a estabelecer a relação entre processo e resultados (Whiston & Oliver, 2005; Whiston & Rahardja, 2008). Não obstante, existem poucas evidências empíricas sobre esta questão. Assim, torna-se relevante adaptar instrumentos à população Portuguesa que permitam avaliar o processo de aconselhamento e caracterizar simultaneamente a relação das variáveis envolvidas.

#### **5. Objetivos da investigação:**

- Construir um instrumento de avaliação da "Satisfação com o esclarecimento de dúvidas vocacionais" e analisar as propriedades psicométricas;
- Analisar a sensibilidade dos instrumentos de avaliação da "Relação de Ajuda"; "Auto-eficácia"; "Qualidade de vida"; "Satisfação com a Vida" e "Satisfação com o esclarecimento de dúvidas vocacionais" para a avaliação das características dos alunos do 9º ano de escolaridade que recorrem a programas de Orientação Vocacional;
- Conhecer e relacionar as variáveis intervenientes no processo de Aconselhamento Vocacional ("Relação de ajuda; "Auto-eficácia"; "Qualidade de vida" e "Satisfação com o esclarecimento de dúvidas vocacionais");
- Explorar a relação entre a avaliação do processo e eficácia dos resultados;

- Interpretar e comparar o paradigma dos fatores comuns, estudado na psicoterapia, com o processo de Aconselhamento Vocacional.

## **6. Métodos de Investigação:**

Numa primeira fase será construído um instrumento de "Avaliação da satisfação com o esclarecimento de dúvidas vocacionais" e realizado o estudo psicométrico do mesmo, através da análise da validade e fiabilidade. Os participantes compõem o grupo de alunos pertencentes ao 9ºano de Escolaridade que frequentam o programa de Orientação Vocacional da Escola. A recolha dos dados será realizada nas escolas. O preenchimento das escalas não excede os quinze minutos. Posteriormente, serão aplicados em três momentos distintos os questionários aos alunos de 9º ano que frequentam os programas de Orientação Vocacional realizados nas escolas:

### **PRÉ-TESTE:**

Os questionários que se seguem são aplicados entre a 3ª/ 4ª sessão do programa:

- Questionário "EATA-FP" (Shirk & Saisz, 1992)- Tradução Portuguesa Sá e Saramago (2007): Avalia a relação de ajuda estabelecida entre o jovem e o Psicólogo que realiza o Programa de Orientação Vocacional;
- Questionário "Questões sobre os teus Objetivos" (Snyder et al., 1997)- Adaptado por Sá (2005): Avalia a autoeficácia.
- Questionário "PedsQL" (Warsi, 1998): Avalia a qualidade de vida em adolescentes dos 13 aos 18 anos.
- Escala de "Satisfação com a Vida" (Diener, 1985)- Adaptado por Neto (2003): Avalia a satisfação para com a Vida.



#### QUESTIONÁRIO INTERMÉDIO:

O questionário que se segue será aplicado entre a 6ª/7ª sessão do programa:

- Questionário "EATA-FP" (Shirk & Saisz, 1992)- Tradução Portuguesa Sá e Saramago (2007): Avalia a relação de ajuda estabelecida entre o jovem e o Psicólogo que realiza o Programa de Orientação Vocacional;

#### PÓS-TESTE:

Os questionários que se seguem são aplicados na última sessão do programa:

- Questionário "EATA-FP" (Shirk & Saisz, 1992)- Tradução Portuguesa Sá e Saramago (2007): Avalia a relação de ajuda estabelecida entre o jovem e o Psicólogo que realiza o Programa de Orientação Vocacional;
- Questionário "Questões sobre os teus Objetivos" (Snyder et al., 1997)- Adaptado por Sá (2005): Avalia a autoeficácia.
- Questionário "PedsQL" (Warsi, 1998): Avalia a qualidade de vida em adolescentes dos 13 aos 18 anos.
- Escala de "Satisfação com a Vida" (Diener, 1985)- Adaptado por Neto (2003): Avalia a satisfação para com a Vida.
- Questionário "Satisfação com o Serviço " (Marafuz & Sá, 2012, F.P.-UL): Avalia a satisfação para com o esclarecimento de dúvidas vocacionais que o aluno trazia no início do programa.

## **7. Participantes:**

### **7.1. Características dos participantes:**

Jovens pertencentes ao 9º ano de escolaridade inscritos nos programas de Orientação Vocacional.

### **7.2. Número de participantes previsto: 200 participantes.**

## **8. Referências Bibliográficas:**

Asay, T., & Lambert, M. (2010). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy. In Hubble, M., Duncan, B., & Scott, M. (Eds.), *The Heart and Soul of change: What works in Therapy* (pp. 23-49). Washington D. C.: APA.

Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship Processes in Youth Psychotherapy: Measuring Alliance, Alliance- Building Behaviors and Client Involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16 (1), 15-28.

Kazdin, A. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. In Lambert, M. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 543-581). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Kelley, S., Bickman, L., & Norwood E. (2010). Evidence-Based Treatments and Common Factors in Youth Psychotherapy. In Duncan, B., Miller, S., Wampold, B., & Hubble, M. (Eds.), *The Heart and Soul of change: Delivering what works in therapy (2<sup>nd</sup> ed. )* (pp. 325-355). Washington D. C.: APA.

Moreira, P., Gonçalves, O., & Beutler, L. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento: O Melhor Para Cada Paciente*. Porto: Porto Editora.

Sá, I. (2005). Características da Terapia com Crianças e Adolescentes: Implicações para a Prática Clínica. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 5-18.



Sá, I. (2006). A Investigação da eficácia da psicoterapia com crianças e jovens: da investigação de resultados aos processos de mudança. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 1, (21), 89-110.

Shirk, S., Karver, M., & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 17-24.

Whinston, S., & Oliver, L. (2005). Career Counseling Process and Outcome. In Walsh, W., & Savickas, M., (Eds.), *Handbook of Vocational Psychology* (155-187). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Whinston, S., & Rahardja, D. (2008). Vocational Counseling Process and Outcome. In Brown, S., & Lent, R., (Eds.), *Handbook of Counseling Psychology* (444-461). USA: John Wiley & Sons, Inc.

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0358300003, com a designação *Da Psicoterapia à Orientação Vocacional: A avaliação do processo e dos resultados.*, registado em 04-03-2013, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Joana Marafuz

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor de Serviços de Projetos Educativos

DGE

Observações:

a) A realização do(s) Inquérito(s) fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas.

b) Dado que na investigação se obtêm dados para uso e tratamento em trabalho académico, exige-se a garantia de anonimato, confidencialidade e proteção dos mesmos. Devem ser consideradas as medidas de segurança previstas na Lei nº 67/98. A recolha e o tratamento dos dados deverá basear-se no consentimento informado e esclarecido do titular dos dados ou dos seus legais representantes. Para os alunos menores (menos de 18 anos) esta deverá ser atestada pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos EE devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos.

c) Devem ser equacionadas as condições de aplicação do estudo com as Direções das Escolas/Agrupamentos, dado o mesmo ser oneroso em termos aplicação/realização.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço

<http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade





Nome do Investigador(a) proponente

E-mail:

Título do Projeto:

Fonte de financiamento (se aplicável):

Coordenador do Supervisor da Faculdade (se aplicável)

Nome do coordenador do Supervisor

E-mail do & [ !^} æ [ !B Supervisor

Co-investigadores (se aplicável):

Início: Mês

Ano

Fim: Mês

Ano

Duração do projeto:

Requerimento:

Referência do requerimento anterior:

---

1.Sumário do projeto (em linguagem não técnica)

1.1.Problema de investigação (até 1200 caracteres):

1.2. Relevância do problema de investigação (até 1200 caracteres)

1.3. Objetivos da Investigação (até 1500 caracteres)

1.4. Métodos de Investigação (Explique escolha de métodos de investigação e descreva todos os procedimentos para a recolha e registo de dados, tarefas exigidas aos/às participantes, intervenções realizadas, duração da participação, frequência da recolha de dados - *cópias de instruções, testes, questionários, estímulos apresentados, guiões de entrevista, e/ou grelhas de observação a utilizar poderão ser juntas em anexo*)

#### 1.4. Métodos de Investigação (Continuação)

---

#### 2.Experiência Prévia

2.1. Experiência prévia com o tipo de investigação proposto:

2.2. Experiência prévia com a população alvo da investigação:

2.3. Experiência prévia dos Co-investigadores (se aplicável):

. com o tipo de investigação proposto:

. com a população alvo da investigação:

2.5. Conhecimentos em deontologia da investigação (marcar o que se aplica): .

. curso/disciplina de métodos de investigação

. conhecimento do código deontológico da ordem dos psicólogos

. outros

(especificar):

### 3. Participantes e Recrutamento.

3.1. Número de participantes previsto:

3.2. Características dos/das participantes (ex. idade, sexo, etc):

3.3. Participantes são pessoas vulneráveis (ex. crianças, reclusos, etc):

. Se respondeu Sim explicita a necessidade de inclusão de pessoas vulneráveis:

3.4. Incentivos oferecidos aos/às participantes pela sua participação:

. Pagamento aos/às participantes:

Momento de pagamento/montante

. Créditos em disciplina para os participantes:

Forma/valor dos créditos

Alternativas à participação

3.5. Formas de obtenção de autorizações de outras instituições para o recrutamento - quando aplicável (ex. escolas, hospitais, empresas, etc.):

3.6. Dados pessoais dos/das participantes recolhidos (ex. idade, sexo, etc):

#### 4. Consentimento informado dos/das participantes

##### 4.1. Informação dada aos/às participantes sobre o estudo e forma do consentimento (marcar o que se aplica):

- . por documento (a anexar) no qual o/a participante assina o seu consentimento e do qual fica com uma cópia (obrigatório se a participação no estudo envolve risco para os/as participantes)
- . por documento (a anexar) que o/a participante lê antes de comunicar a decisão em participar
- . por explicação oral dada ao/à participante antes deste comunicar a decisão em participar (explicação oral integral - discurso direto - detalhar em baixo ou em anexo se mais de 250 carateres)

##### 4.2. Local de obtenção do consentimento informado:

##### 4.3. Momento de obtenção do consentimento informado:

##### 4.4. Pessoa(s) que obterão o consentimento informado:

##### 4.5. Envolvimento de participantes não legalmente competentes para consentimento informado:

(se respondeu sim anexe documento informativo sobre o estudo no qual os responsáveis legais pelos/as participantes assinam o seu consentimento e do qual ficam com uma cópia)

##### 4.6. Envolvimento de participantes vulneráveis:

(devido ao seu estatuto legal, económico, educacional, outro)

- Se respondeu Sim indique:

. Forma de minimização do risco de coerção ou influência inapropriada:

. Forma de explicação de que a participação no estudo é voluntária:

4.7. Existência de barreiras linguísticas que podem afectar o consentimento informado

Se respondeu Sim indique forma de ultrapassar essas barreiras:

5. Possíveis riscos para os/as participantes

5.1. Existência de riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os/as participantes:

5.2. Se referiu algum risco na anterior, indique o seu grau:

5.3. Se grau superior, explique necessidade dos riscos e o porquê de não ser possível a sua eliminação:  
(ex. utilizando um procedimento alternativo no estudo)

5.4. Indicação de eventuais procedimentos para monitorizar a segurança dos/das participantes e/ou minimizar riscos:

5.5. Medidas previstas para lidar com eventuais consequências negativas para os/as participantes:  
(marcar o que se aplica)

- . Atendimento de urgência psicológica
- . Referência para avaliação psicológica
- . Referência para aconselhamento/psicoterapia
- . Outras (especificar)

## 6. Engano intencional

(apresentação de informação falsa ou enganosa; omissão de informação que pode ser relevante para a decisão de participação, ou acerca de ações relevantes no contexto da investigação)

### 6.1. Engano intencional dos/das participantes:

. Se respondeu Sim descreva sucintamente a forma do engano:

### 6.2. Existência de outras formas de conduzir o estudo sem recorrer ao engano:

. Se respondeu Sim explique razão de rejeição dessas formas:

### 6.3. Explicação dada aos participantes sobre o engano após a sua participação:

## 7. Proteção da privacidade dos/das participantes

### 7.1. Formas de assegurar a privacidade de participantes:

(ex. não questionar informação pessoal não relevante, não registar informação identificativa do/da participante)

## 8. Confidencialidade e/ou anonimato

### 8.1. Formas de assegurar a confidencialidade e/ou anonimato:

8.2. Para estudos online o site hospedeiro é o da Faculdade de Psicologia:

. Se respondeu Não indique site hospedeiro e garantias de confidencialidade/anonimato:

## 9. Informação pós-estudo

9.1. Indicação de contacto para informação posterior por parte dos/das participantes:

. Se respondeu Sim indique contacto(s):

9.2. Informação sobre o estudo /resultados aos/às participantes após sua conclusão:

Indique momento de fornecimento da informação e teor da informação fornecida

(anexar cópias de materiais informativos/educacionais se aplicável; se não aplicável explicitar razões)

## 10. Identificação de dados individuais

10.1. Destruição dos elementos que possibilitam a identificação dos/das participantes:

. Se respondeu Sim indique momento da destruição:

. Se respondeu Não indique motivo de manutenção de dados identificativos, local de arquivo e refira formas de assegurar privacidade e confidencialidade dos mesmos:

## 11. Investigação com animais

11.1. Projeto envolve animais como participantes:

. Se respondeu Sim descreva medidas tomadas para assegurar o bom tratamento dos animais envolvidos:



## 12. Conflitos de interesses

12.1.Existência de conflitos de interesses atuais ou potenciais em relação à investigação por parte dos investigadores/as e/ou associados (ex.entidade financiadora tem interesse nos resultados):

. Se respondeu Sim indique os conflitos existentes e medidas tomadas para o efeito:

\_\_\_\_\_  
Ao submeter este requerimento certifico que a investigação foi planeada de modo a proteger os/as participantes.

Assinatura do/da Requerente: \_\_\_\_\_

Data:

Para estudantes/investigadores/as de mestrado, doutoramento ou pós-doutoramento:

Revi este requerimento e declaro a minha concordância com a adequação do plano da investigação proposto e das medidas sugeridas para proteger os/as participantes.

Assinatura do supervisor(a) do/da Requerente: \_\_\_\_\_

Data:

Declaração da comissão para efeitos externos:

### ANEXOS:

Documento Word com informação adicional sobre alíneas do RAPI

Cópia de cartas/e-mails com instituições cooperantes

Cópia dos documentos de consentimento informado

Cópias de instruções aos/às participantes

Cópias de testes e/ou questionários

Outros (detalhar)

## Sumário- Check List

Os/as participantes são menores ou adultos não competentes para facultar o consentimento ou são pacientes:

A investigação lida com “assuntos sensíveis” (actividades ilegais ou imorais, comportamento sexual ou qualquer informação que, se conhecida fora do contexto da investigação, possa lesar a reputação do/da participante, ou os seus direitos legais ou sociais, ou a sua empregabilidade):

Os/as participantes são gravados/as em áudio ou vídeo:

O/a investigador/a interage com o/a participante e/ou manipula o seu comportamento:

A identidade do/da participante é registada ou associada de qualquer outra forma aos dados de forma permanente:

A identificação dos/das participantes pode ser determinada a partir de informação no relatório da pesquisa:

Existe um follow-up em que os/as participantes são contactados/as e novos dados são recolhidos para serem relacionados com os dados existentes:

Os/as participantes são alvo de observação num lugar privado, ou num lugar em que crêem não estar a ser observados/as:

A investigação envolve observação participada ou outro trabalho de campo antropológico:

São revistos registos não públicos recolhidos por outro/a investigador/a ou instituição:

Existem barreiras linguísticas que podem afectar o consentimento informado do/da participante:

Existem riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais de grau superior para os/as participantes:

A investigação envolve engano intencional:

A investigação só pode ser conduzida com engano intencional:

A investigação envolve engano intencional mas a informação omitida não afecta a decisão de participação por parte dos/das participantes:

A investigação envolve engano intencional mas logo que possível, os/as participantes serão totalmente informados/as acerca da situação de engano:

A investigação envolve engano intencional mas é fornecida uma explicação prévia dos riscos:

A investigação envolve animais como participantes:

Após análise da correcção do seu RAPI comunico o seguinte:

**1.4. Projeto:** “A Avaliação de Processo e de Resultados: A mudança num grupo de adolescentes, entre os 11 e os 18 anos, alvo de intervenção dos Serviços de Psicologia e Orientação (SPO)”, apresentado por **Joana Marafuz**.

*“Parecer favorável (fevereiro 2013 – junho 2013). Deverá incluir na explicação dada aos participantes que a sua participação será feita em três momentos distintos com a duração de XX minutos cada. Deverá confirmar a duração previamente de modo a dar aos participantes uma estimativa aproximada. Tendo em conta os instrumentos descritos parece que o tempo deverá exceder os 15 minutos. Deverá indicar ainda nestas instruções e nas cartas aos encarregados de educação não só o nome da aluna mas também o nome da investigadora responsável na FPUL.”*

*Com os melhores cumprimentos*

*Anabela Figueiredo*

*Assessoria/Secretariado da Faculdade de Psicologia*

*Universidade de Lisboa*

*E-mail: [afigueiredo@fp.ul.pt](mailto:afigueiredo@fp.ul.pt)*

*Telf: [+351 217 943 782](tel:+351217943782)*